

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE 598

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques HENRY

Né le 11 Septembre 1913 à Sallanches (Haute-Savoie)

Endométrïomes Vésicaux

Président : GRÉGOIRE, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1939

805



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques HENRY

Né le 11 Septembre 1913 à Sallanches (Haute-Savoie)

Endométriomes Vésicaux

Président : GRÉGOIRE, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

dont la vie fut pour moi un exemple de travail, de dignité et d'inlassable bonté.

A MA MERE

dont le persévérant labeur m'a permis de mener à bien ma carrière médicale. Elle a remplacé courageusement auprès de ses trois enfants un père disparu trop tôt et n'a cessé de leur montrer, adouci par son idéale tendresse, le dur chemin du travail. Qu'elle trouve ici un bien faible témoignage de mon profond amour filial.

A MES SŒURS

dont l'affection ne me fit jamais défaut, aux bons comme aux mauvais jours. Que ces lignes leur soient un gage de la fidélité de mes sentiments.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur G. ROUSSY,

Recteur de l'Académie de Paris,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Hommage de profonde gratitude pour
tout ce que je lui dois.*

A Mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur R. GREGOIRE,
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,
Officier de la Légion d'Honneur

*dont j'ai tant apprécié l'enseignement et
qui guida mes premiers pas dans l'étude
de la chirurgie.*

En témoignage d'admiration.

A Monsieur le Professeur M. CHIRAY,
Professeur d'Hydrologie à la Faculté,
Médecin de l'hôpital Bichat,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*dont je suis heureux et fier d'avoir été
l'élève, en témoignage d'admiration et de
gratitude.*

A Monsieur le Professeur Agrégé G. RENARD,
Ophtalmologiste des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*Maître attachant par ses dons multiples
et ses qualités de cœur, en témoignage de
respectueuse reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur agrégé A. BASSET,
Chirurgien de l'Hôpital Broussais,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Maître bienveillant, en témoignage de
votre gratitude.*

A Monsieur le Docteur P. BOURGEOIS

Chirurgien des Hôpitaux.

En témoignage de respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur R. COUVELAIRE,

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui m'a inspiré ce travail et m'en a facilité l'accomplissement.

En témoignage de mon respect et de mon attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(Stage)

Monsieur le Professeur R. GREGOIRE

Monsieur le Professeur P. CARNOT

Monsieur le Docteur L. RAMON

Monsieur le Professeur agrégé CADENAT

Monsieur le Professeur P. MOCQUOT

Monsieur le Docteur GRENET

(Externat)

Monsieur le Professeur agrégé A. BASSET

Monsieur le Professeur M. CHIRAY

Monsieur le Professeur G. RENARD

Monsieur le Docteur P. BOURGEOIS

A Monsieur le Professeur agrégé A. AMELINE,
Chirurgien des Hôpitaux.

A Monsieur le Préfesseur agrégé LANTUEJOUL,
Accoucheur des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur BENDA,
Médecin des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur LOMOND,
Radiologiste des Hôpitaux.

A Messieurs les Docteurs :
G. ALBOT, SEMAMA (in memoriam), DEBRAY,
DIERYCKX, LE CANUET, DUPUY, VIEILLARD,
FRANK.

A Messieurs les Docteurs :
C.-W. DUBOUCHET, WOLFROMM, AITOFF,
DELAFONTAINE, DEBRAY, BLANQUINE,
JOURDAN, LAZARE.

A mes Amis les Docteurs :
J.-P. MEBS, R. PINASSEAU, J. de PAULO,
J. DURGEAT.

Je conserve une amitié sincère à mes conférenciers :
Jacques ZAGDOUN,
Jean BENASSY,
André DOMART.

INTRODUCTION

D'importants travaux ont été entrepris et communiqués, aussi bien à l'étranger qu'en France, sur les localisations habituelles de l'endométriase : utérus, trompes, ovaires, intestin, canal inguinal, ombilic, cloison recto-vaginale, cicatrices de laparotomie, etc... Dans les pays anglo-saxons, particulièrement en Allemagne, de nombreux auteurs, pour la plupart gynécologues, ont publié de remarquables articles concernant la localisation, certainement beaucoup plus rare, de l'endométriase au niveau de la vessie. En France, cependant, deux cas seulement d'endométriase vésicale ont été signalés :

Le premier, en 1936, par M. E. Chauvin, qui en fit l'objet d'une communication à la Société d'Urologie, le 21 décembre ;

Le second, par MM. R. Grégoire et R. Couvelaire, relaté à la même Société, le 16 janvier 1939.

Et c'est d'ailleurs le D^r R. Couvelaire, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, pour nous depuis longtemps conseiller bienveillant et guide averti, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé de ses conseils.

Nous nous sommes étonnés, en effet, qu'en regard de plus de 30 observations étrangères, observations précises et pour la plupart complètes, ainsi que le sont celles qui concernent des affections parfaitement connues, on ne trouve que deux observations françaises qui semblent être restées sans écho, lors de leur communication à la Société française d'urologie.

Deux observations ! Il n'est pas douteux qu'un nombre bien supérieur d'endométriomes vésicaux ont dû échapper aux cliniciens. Et pourtant, il suffirait d'en envisager la possibilité et de rendre plus systématique encore l'examen histologique des pièces opératoires pour voir s'accroître le nombre des observations françaises d'endométriomes de la vessie.

Pour d'autres raisons encore l'étude de l'endométriome vésical nous a paru présenter un intérêt particulier :

S'agit-il du diagnostic ? Quelques symptômes majeurs quasi constants et sûrs auxquels s'ajoute fréquemment un faisceau de petits signes évocateurs devraient permettre de l'affirmer avant toute intervention.

S'agit-il de la pathogénie ? L'endométriome vésical semble infirmer diverses théories valables pour la plupart des localisations habituelles de l'endométriome et vient, par contre, en étayer de plus fragiles.

S'agit-il du traitement ? L'âge de la malade, car il s'agit toujours d'une femme, son désir de maternité, l'état de ses organes génitaux, le siège de la lésion vésicale, nécessitent un traitement éminemment variable et plus ou moins radical.

Notre base de travail est représentée par 40 observations retrouvées dans la littérature médicale ; nous n'avons pas négligé non plus la lecture attentive des principaux articles ayant trait à l'endométriome en général et de tous ceux qui traitent de l'endométriome vésical en particulier.

Avant nous, MM. Pérard et Elbim ont, en 1935, publié une monographie sur la question.

Louis Michon et Comte avaient également consacré, en 1926, une importante étude de 33 pages, traitant des endométrïomes de la paroi recto-vaginale où nous avons puisé d'utiles renseignements.

Qu'il nous soit permis enfin de remercier ici le Dr Couvelaire de nous avoir communiqué les documents et les coupes qu'il avait en sa possession et confié ses vues sur la question.

HISTORIQUE

Il nous est impossible de ne pas lier l'histoire de l'endométriome en général à celui de l'endométriome vésical qui n'est qu'une de ses localisations les plus rares.

Avant les travaux de Recklinghausen en 1893, et ses publications de 1896, l'endométriome, alors appelé adénomyome, était fort peu connu ; dans les années qui suivirent, de tous côtés parurent des articles qui décrivent en les définissant les « adénomyomes utérins » : « tumeurs bénignes composées d'une muqueuse et d'un tissu myomateux, c'est-à-dire d'une muqueuse présentant des caractères anatomiques et physiologiques qui l'identifient à la muqueuse utérine ». Constatons que par cette définition la tumeur justifie bien le nom d'endométriome qu'elle porte actuellement.

Après Recklinghausen, et pour ne citer que les auteurs les plus importants, Pfannenstiel en 1897, puis Pick en 1898 s'occupèrent de la question ; Pick parlait alors d'« adenoma endometroides ». Ces deux auteurs signalèrent les premières observations d'endométriomes de la cloison recto-vaginale.

Presque à la même époque, R. Meyer et Iwanoff d'une part, émirent et propagèrent la théorie suivant laquelle « l'adenometritis » était le produit de la séreuse péritonéale adulte.

T.-S. Cullen d'autre part, commença ses publications de l'Hôpital John Hopkins, suivies et complétées par de nombreux ouvrages sur les adénomyomes, leurs diverses localisations, leur pathogénie, leur traitement,

leurs rapports avec les tumeurs malignes. Ses études restent parmi les meilleures parues sur cette affection. D'ailleurs il n'a cessé de s'y intéresser depuis, publiant en 1900 la totalité de ses observations, en 1908 son livre sur les adénomyomes, en 1913 plusieurs cas d'adénomyomes de la cloison recto-vaginale et une multitude d'articles remarquables.

En 1908, en France, Louis, dans sa thèse sur les adénomyomes de l'utérus fait une revue complète des publications étrangères et expose le travail de la Clinique chirurgicale du Professeur Polosson. Il envisage les transformations malignes des adénomyomes et conclut que : « malgré le caractère envahissant et prolifératif de certains adénomyomes, il fallait les considérer comme des tumeurs bénignes, en gardant toutefois un doute sur leur malignité ».

Vers 1908 également se situe le travail de O. Frankl sur les adénomyosis et les premières observations de Cutberth Lockyer, de Londres, qui furent l'origine de son important ouvrage paru en 1918 : « fibroids and allied tumours ».

Ces travaux contribuèrent largement à faire progresser la connaissance de l'endométriase et dès lors les publications vont se faire de plus en plus nombreuses, chacune, par un détail observé, un aspect un peu particulier, une localisation nouvelle, venant apporter sa participation à l'histoire clinique de ces tumeurs. Parmi les plus remarquables, citons celles de :

O. Frankl « Sur la connaissance de l'adenomyosis utérin », Vienne, 1916, suivi d'un essai de clinique et de pathologie de l'adénomyosis, en 1922 et 1925.

Meyer L., Leipzig 1919 : observation, suivie de nombreux articles dont un en 1924, avec J. Kitai, sur l'étude anatomique et histologique de l'adénomyome, avec de courtes remarques sur la théorie de Sampson.

Cullen T.-S., « Journal américain d'obstétrique, 1919-1920 » : Localisation de l'adénomyomatose ; Archives de Chirurgie 1921 « Sur trois cas d'adénomyome pédiculé du péritoine ».

St. Judd en octobre 1921 signale un premier cas « d'adénomyomatose se présentant comme une tumeur de la vessie ».

Sampson, en 1922, tenta d'expliquer le développement des adénomyomes pelviens extra-génitaux par l'essaimage des cellules de la muqueuse utérine, véhiculées, soit au cours d'une intervention gynécologique, soit, plus simplement, par le reflux du sang menstruel dans les trompes et sa chute dans la cavité péritonéale.

Plus près de nous, les Japonais Komoki en 1924 et Kitaï, en 1925, signalaient plusieurs cas d'endométriase.

J. Halban, de Vienne, en 1925, publie son article sur « l'hystéroadénose métastatique » et sur « l'origine lymphogène de l'adénofibromatose hétérotopique ».

Letulle M., Truffier T., Lambert M., publièrent ensemble la première étude française des « endométrïomes et dysembryoplasies utérines » dans le Bulletin de l'Académie de Médecine en 1925.

Enfin, dans les dernières années, il n'est plus possibles de faire un bilan exact des travaux parus sur la question ; de tous côtés : chirurgiens, gynécologues, urologues multiplient articles, communications, monographies ; diverses théories se font jour tandis que d'autres

sont ardemment combattues. Les diverses tendances et les sanctions thérapeutiques qu'elles entraînent ont été discutées récemment à l'Académie de chirurgie où intervinrent notamment MM. Cotte, Mathieu, L. Bazy, Lardennois pour ne citer que quelques noms.

A l'étranger, les Américains et surtout les Allemands fournissent un effort considérable ; ils étudient en détail les localisations les plus curieuses et les plus rares de l'endométriase : ombilic, appendice, intestin, canal inguinal, rectum, péritoine, grandes lèvres, et surtout l'endométriome vésical dont les premiers cas publiés ne remontent qu'à quelques années. Nous en donnerons un historique nécessairement bref, puisque quarante cas à peine nous sont connus.

Le premier cas mentionné dans le Monde Médical, est celui de Judd, (S. Clin. North Amer. Tome I, 1271, octobre). Nous étudierons plus loin en détail cette remarquable observation.

En 1925, Polster en rapporte 5 cas ; la même année, Heany, dans le Journal américain d'obstétrique et de gynécologie, communique une nouvelle observation.

Whitehouse, à Londres, en 1926, rapporte le huitième cas connu.

L'année 1927 voit publier les cas de J. Muller, Frommolt Mestitz, Cehlecker.

En 1929, B. von Ottow, dans une étude très complète résume les cas précédemment parus et y ajoute deux observations personnelles. Il compte alors 16 observations mondiales.

Meyer-Seegert, en 1929, rapportent successivement 3 cas ; Eberhard et Frommolt, en 1932, relatent, le premier un cas, le second 4 cas ; tout récemment, Kohler, von Sauer, Haselhorst, Kamnicker, Mikulicz-Radecki, Settergren, Stoekel, publient de nouvelles observations. En 1934, enfin, au 34^e Congrès d'urologie, J.-A. Weigtlandt, d'Amsterdam, fait un exposé d'ensemble sur les endométrïomes vésicaux envisagés plus particulièrement au point de vue pathogénie et traitement.

Dans ces quatre dernières années, les Français fournissent un important travail : Pérard et Elbim, en 1935, entreprennent une mise au point de la question ; Chauvin, de Marseille, en 1936, rapporte un nouveau cas et cette année, MM. R. Grégoire et R. Couvelaire signalent un cas observé à la clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine. Cette observation fut le point de départ de notre travail sur les endométrïomes vésicaux.

De cet exposé, il faut conclure à la pauvreté historique de l'endométrïome vésical dont l'existence est noyée dans celle de l'endométrïose mais cette indigence n'est-elle pas justifiée par la rareté des cas d'endométrïose vésicale signalés ?

OBSERVATIONS

Elles seront notre base d'appréciation. Certaines d'entre elles seront reproduites, bien qu'incomplètes, car toutes ont fourni, soit un détail précieux, soit un fait nouveau que nous ne pouvions négliger.

On y remarquera, dans la plupart des travaux antérieurs à celui d'Ottow l'absence de diagnostic avant l'intervention. Parmi les diagnostics portés figurent le plus souvent celui de « carcinome » ou plus vaguement encore celui de tumeur maligne ; plusieurs cas, enfin, furent opérés sans diagnostic préalablement établi.

La plupart des observations recueillies nous viennent de l'étranger et en particulier des gynécologues allemands ; deux cas seulement ont été observés par des cliniciens français.

Nous allons maintenant reprendre les 40 observations que nous avons pu recueillir, ne pensant avoir commis aucune omission. Nous les classerons suivant leur ordre chronologique : les étrangères, puis les françaises.

Dans chacune d'elles nous nous efforcerons de mettre en lumière les caractères cliniques les plus saillants, ceux qui devraient permettre de poser avec certitude, à l'avenir, le diagnostic d'endométriose vésical avant toute intervention.

La première observation publiée dans le monde est celle de :

STARR-JUDD, en 1921, dans *Surgeon Clin. of North Amer.*

Il s'agissait d'une femme de 34 ans qui se plaignait de douleurs à la miction depuis 4-5 ans. Ces douleurs, au début, n'apparaissaient qu'aux périodes menstruelles ; par la suite elles précédaient et suivaient les règles, durant de ce fait deux semaines par mois. Un examen gynécologique

montra l'existence dans le cul-de-sac droit d'une induration mobile et sensible à la pression. A l'interrogatoire cette jeune femme précisait qu'elle avait subi antérieurement une appendicectomie et une hystérectomie pour des troubles mal définis.

L'examen cystoscopique révéla la présence d'une tumeur vésicale de 4 cm. environ, située près de l'abouchement de l'uretère droit.

Il ne fut pas porté de diagnostic à la cystoscopie.

A l'intervention on rencontra, dans la partie droite du bassin, une tumeur diffuse infiltrant la paroi vésicale ; l'ovaire droit présentait un kyste, tandis que la trompe du même côté se confondait avec la tumeur.

On pratiqua l'extirpation de la trompe droite, de la tumeur, de la moitié droite de la vessie, de l'uretère droit et des annexes droites. La malade guérit.

L'examen histologique révéla une « endométriose typique ».

BRACKMANN et J. MULLER (In Arch. klin. chirurg.).

Il s'agissait d'une femme de 30 ans qui venait consulter pour des troubles menstruels. A l'examen gynécologique on trouva un utérus myomateux mais des annexes saines. Dans ce cas on ne signale pas de troubles vésicaux.

Un examen cystoscopique fut cependant pratiqué. Il montra au niveau du sommet de la vessie une petite masse de la taille d'une noix, bombant dans la lumière, mais dont la surface était lisse ; quelques varicosités. On envisage la possibilité d'un myome, d'un fibrome, de nodosités vésicales myomateuses.

L'opération pratiquée fut une hystérectomie subtotale avec résection de la tumeur vésicale et suture de la vessie. Là encore ce fut le microscope qui fit le diagnostic d'endométriose. La malade guérit.

SCHINDLER (In Frankfurt Zeitung Chir. f. path. 1925).

Femme de 37 ans, vue à l'occasion de troubles vésicaux à type de pesanteur. Elle signale l'exacerbation de ces troubles pendant les règles et à l'occasion du coït. Au toucher vaginal on trouve un utérus myomateux avec lésions annexielles : utérus, annexes, vessie, intestins, sont bloqués par les adhérences.

La cystoscopie ne montre rien de particulier.

A l'ouverture du ventre on trouve un utérus myomateux avec, dans les ovaires, des kystes chocolat ; on pense à un adénomyome. Il existait également des lésions de la paroi antérieure de l'utérus largement étendues à la vessie. On pratiqua une hystérectomie subtotale qui parut nécessaire à cause des lésions voisines (vessie, intestin).

On ne porta de diagnostic ni sur l'examen gynécologique ni sur l'examen cystoscopique ; ce fut l'étude des coupes de la pièce opératoire qui permit d'affirmer le diagnostic d'endométriase.

KEENE (In Americ. Journ. obst. and Gyn. 1925).

Madame E. M... 40 ans, vient consulter pour des troubles menstruels et vésicaux. Les premiers datent de trois ans (à cette date, dilatation et curettage). Au début, les règles étaient plus abondantes et plus prolongées qu'habituellement. Depuis un an : douleurs au moment des règles. A cette date, la malade subit une intervention dont on ne connaît pas la nature exacte et qui aurait amendé les troubles.

Les seconds, qui remontent à sept ans, consistaient en douleurs, pesanteur, pollakiurie s'aggravant progressivement ; en ce moment, les troubles vésicaux chevauchent les règles, persistant une semaine après elles. La malade signale l'absence totale de troubles entre les règles ; ni pus ni sang dans les urines.

Au toucher vaginal : utérus myomateux, tumeurs annexielles bilatérales. Une cystoscopie fut pratiquée qui montra à la partie médiane et au niveau de l'uretère gauche une muqueuse épaissie et congestionnée ; cinq vésicules de la taille d'un pois étaient visibles, cerclées d'œdème ; trois d'entre elles étaient bleues et les deux autres grises ; aucun diagnostic ne fut cependant porté.

A l'intervention : deux myomes dans le fond utérin ; kystes dans les deux ovaires dont le gauche adhérait à la vessie. On pratiqua une biopsie de la tumeur vésicale que l'on n'extirpa pas ; hystérectomie subtotale avec ablation des deux ovaires et appendicectomie ; pas de diagnostic gynécologique ni cystoscopique.

Au microscope : endométriose. Guérison.

Une cystoscopie pratiquée deux ans plus tard montra une vessie normale et la patiente signalait la disparition des troubles.

KEENE (Ibidem, 1925).

Femme de 48 ans qui est vue pour des troubles vésicaux dont le début remonte à trois ans : troubles à type de dysurie : pollakiurie s'accroissant durant les derniers mois ; pyurie, hématurie. La patiente signale l'absence de relation de ces troubles avec ses règles qui sont d'ailleurs troublées. A l'examen gynécologique on trouve un utérus myomateux avec, à droite, une tuméfaction de la taille d'une orange.

La cystoscopie révèle l'existence dans la partie médiane du bas-fond vésical et au-dessus de l'abouchement de l'uretère gauche d'une tumeur d'apparence myomateuse dont la surface est semée de petites ulcérations ; deux petites vésicules sont visibles, identiques à celles décrites dans le cas précédent. Mais encore, on ne porta aucun diagnostic sur la cystoscopie.

A l'intervention : utérus myomateux ; annexe gauche normale ; à droite, kyste ovarien de la taille d'une orange, végétant vers la paroi vésicale qu'il pénètre. Cette paroi apparaît au cystoscope épaissie. Excision de la lésion vésicale, hystérectomie subtotale complétée par l'ablation des deux trompes. Aucun diagnostic ne fut porté avant l'examen histologique qui révéla une endométriose. Deux mois après, une cystoscopie de contrôle fut pratiquée qui montra la guérison des ulcérations et la disparition des vésicules. Donc guérison clinique.

BRADY (In Americ. Journ. obst. and gyn. 1925).

Femme de 43 ans venant consulter pour de la dysurie débutant avec les règles et durant sept jours après elles. Pendant un intervalle de trois semaines, repos complet. Au toucher vaginal : utérus fibromateux, approchant l'ombilic de deux travers de doigt. A la cystoscopie, rien d'anormal. Laparotomie : dans la cloison vésico-utérine existent de nombreux petits kystes chocolat ; l'utérus est fibromateux. Pas de diagnostic avant celui fourni par l'examen histologique qui répondit : endométriose typique.

Fait curieux : la patiente présentait un véritable ovaire surnuméraire en avant du ligament large.

HEANY (Americ. Journ. obst. and Gyn. 1925).

Femme de 30 ans qui venait consulter pour de la dysménorrhée et des ménorragies. Aussi son histoire urinaire ne fut-elle pas approfondie, la douleur et les saignements masquant les troubles urinaires, et pas de cystoscopie avant l'intervention.

Laparotomie : un des ovaires contient des kystes chocolat nombreux et petits et se confond avec la tumeur vési-

cale ; en essayant d'enlever la tumeur on ouvre la vessie où l'on trouve une tumeur rouge-clair, arrondie, surélevée sur le plan de la muqueuse. On pensa à un adénome ou à un adénomyome vésical. Vu l'âge de la malade, on dissèque la tumeur pour la séparer de la face antérieure de l'utérus qui est laissé en place. Pas de diagnostic gynécologique. L'examen de la pièce opératoire permet d'affirmer celui d'endométriose.

WHITEHOUSE (In Proc. Soc. Roy. of Med., 1926).

Femme de 22 ans, vierge, faiblement réglée depuis 4 ans. A l'examen gynécologique : tumeur imprécise laissant croire à une hémorragie dans une corne rudimentaire d'un utérus bifide. Comme troubles vésicaux, brûlures depuis trois mois. A la cystoscopie, rien d'anormal.

Laparotomie : les organes du petit bassin sont unis par des adhérences ; entre l'utérus et la vessie existent des formations kystiques, à parois épaisses, emplies de sang. Ces cavités ne communiquent pas avec la lumière du corps utérin mais ces formations s'enfoncent profondément dans la paroi vésicale. Hystérectomie ; résection de la tumeur vésicale, guérison. Pas de diagnostic gynécologique ; au microscope, lésion non caractéristique.

J. MULLER (In Arch. Klin. Chir. 1927).

Femme de 30 ans, bien réglée sans douleurs ; opérée il y a un an d'une tumeur annexielle et de l'appendice. Elle vient consulter parce que depuis 4 ans et demi elle souffre de violentes douleurs à la miction, douleurs survenant deux jours avant les règles et durant 10-12 jours.

Dans l'intervalle, aucun trouble.

La cystoscopie fut pratiquée entre les règles et pendant celles-ci. Elle montra des images vésicales d'intensité varia-

ble (l'auteur les a reproduites in Ugl. S. 3345). Sur cet examen on porte un diagnostic hésitant d'angiome caverneux. Par taille sus-pubienne, résection de la tumeur vésicale ; suture de la vessie. Le diagnostic porté était donc celui d'angiome caverneux. L'examen histologique le redressa en affirmant l'endométriome. Guérison.

FROMMOLT (Zblt. f. Gyn. 1927).

Femme de 42 ans qui vint consulter pour des ménorragies. Pas de troubles vésicaux.

Au toucher vaginal : utérus myomateux avec des nodosités s'étendant vers la vessie. La cystoscopie n'avait aucune raison d'être pratiquée. A l'intervention on trouva cependant une tumeur vésicale faite de petits kystes bleu-foncé qui devaient certainement être visibles à la cystoscopie. On pratiqua l'hystérectomie subtotale et on réséqua un lambeau de vessie. Pas de diagnostic avant l'examen histologique qui montra un endométriome. Guérison.

MESTITZ (Arch. Gyn. 1927).

Femme de 43 ans qui vient consulter pour des troubles vésicaux survenant au moment des règles et se prolongeant dix jours après. Le début de ces troubles remonte à 12 ans, à la suite d'une rupture du fond de l'utérus au cours d'une grossesse. Au toucher vaginal l'annexe gauche présente une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule. Une cystoscopie montra dans la région interurétérale œdématiée une tumeur de la taille d'une noix. La muqueuse était très rouge ; pas de diagnostic cystoscopique. Laparotomie : extirpation d'un utérus myomateux et de ses deux annexes ; résection de la tumeur vésicale, lésion de l'uretère, suture de la vessie et réimplantation de l'uretère dans la vessie. Pas de diagnostic vésical. Au microscope : endométriome.

Premier cas d'OTTOW (Zblt. f. Gyn. 1929).

Femme de 43 ans, bien réglée. Opérée d'une descente de l'utérus et stérilisée par ligature des trompes. Depuis assez longtemps la patiente se plaignait de cystalgie et de troubles à la miction survenant aux périodes menstruelles, apparaissant deux jours avant elles et les suivant d'une semaine. Chaque mois la même crise se produit au moment des règles avec, dans l'intervalle, une rémission complète. Au toucher vaginal on sent entre l'utérus et la vessie une tuméfaction mal limitée et sensible à la pression. La cystoscopie aussitôt pratiquée permit de diagnostiquer une endométriose, diagnostic étayé par l'évolution cyclique des troubles.

On ne pratiqua pas d'intervention sanglante mais une castration aux Rayons X. Guérison.

Le traitement physique confirma le diagnostic clinique.

Second cas d'OTTOW (Ibidem).

Femme de 29 ans bien réglée, présentant des lésions annexielles bilatérales ; le toucher vaginal permet de sentir entre l'utérus et la vessie une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, douloureuse à la pression.

Depuis deux ans : cystalgie, mictions douloureuses coexistant avec les règles et durant 8-10 jours après elles.

L'examen cystoscopique fut évidemment pratiqué et montra une endométriose typique que confirmait l'évolution clinique.

A l'intervention : extirpation des trompes, résection de la tumeur vésicale, suture de la vessie. Guérison. Le diagnostic fut vérifié au microscope.

R. MEYER et SEEGERT (In Handblt. f. Gyn. 1929).

Dans cette observation incomplète on ne donne ni l'âge ni le résultat de l'examen gynécologique. On ne signale pas

de troubles vésicaux ; la cystoscopie ne fut pas pratiquée. Ce n'est qu'à l'intervention qu'une tumeur de la taille d'une noisette, dure, fut trouvée au niveau de la paroi postérieure de la vessie. Elle fut extirpée et c'est l'examen histologique qui permit d'en affirmer la nature endométriale.

OEHLECKER (In *Werk. Deutsch. Ges. Urologie*, 1929).

Femme de 29 ans qui au T.V. présentait un utérus rétroversé avec, au devant du col, une tumeur adhérent sans aucun doute à la vessie. La patiente se plaignait de troubles vésicaux remontant à 2-3 ans, avec paroxysme au moment des règles.

A la cystoscopie on vit dans la vessie une tumeur ronde avec quelques petits kystes. Un nouvel examen pratiqué entre les règles permit de constater une diminution des phénomènes décrits.

Par taille sus-pubienne on excisa la tumeur vésicale.

Par suite, les troubles disparurent et la guérison se maintint. Aucun diagnostic ne fut porté après l'examen cystoscopique ; comme dans la plupart des cas ce fut un diagnostic anatomo-pathologique.

PLAUT (In *Zblt. f. Gyn.* 1929).

Femme de 25 ans bien réglée. A subi une appendicectomie. Au T.V. utérus de taille normale, avec quelques petits noyaux myomateux. Lésions annexielles. La patiente signalait par ailleurs l'existence de troubles vésicaux douloureux, avec exacerbation au moment des règles.

A la cystoscopie, rien d'anormal ne fut constaté.

A l'intervention : masse infiltrant la paroi postérieure de la vessie, masse que rien n'avait permis de suspecter. De plus, un noyau gros comme une noix est découvert dans le ligament large droit.

Extirpation de ce noyau, ablation des deux trompes, biopsie de la tumeur vésicale. Là encore pas de diagnostic vésical ; au microscope : endométriome. Guérison persistant une année après l'intervention.

EBERHARD (In Zblt. f. Gyn. 1932).

Mme E. V..., 32 ans. Une fausse-couche il y a 6 ans. Pas d'enfants. Aucun antécédent gynécologique. A eu la fièvre typhoïde autrefois. Règles normales durant 1-2 jours. Depuis deux ans se plaint de douleurs croissantes à type de crampes, au début des règles, crampes à la miction devenant insupportables durant les périodes menstruelles et persistant 14 jours après la disparition de celles-ci, disparaissant complètement ensuite. Ces douleurs sont si vives qu'elles entraînent une sensation d'angoisse à chaque miction. A l'examen, la malade est maigre, nerveuse, asthénique. Au toucher vaginal, l'utérus est de dimensions normales, un peu rétroversé, antéfléchi, relativement mobile ; de plus on sent une petite masse de la taille d'un haricot, glissant entre les doigts, au niveau de la vessie, très en avant de l'utérus. On ne peut affirmer l'existence d'une connexion entre la masse et l'utérus. Les annexes gauches paraissent augmentées de volume, les droites très légèrement. Au milieu d'adhérences, orifice punctiforme perméable seulement à la sonde très fine. Dans les urines flottent de petits lambeaux blanchâtres de tissus (vésicules rompues d'œdème bulleux). Pas d'albumine, pas de sucre. Dans le sédiment, nombreux débris épithéliaux, quelques hématies, quelques leucocytes.

Une cystoscopie fut pratiquée : trigone et muqueuse vésicale sains ; les uretères fonctionnent normalement. Un examen plus attentif permet de voir à la partie supérieure droite de la paroi postérieure de la vessie, en un point, de l'étendue de la moitié d'une pièce de cinquante centimes (1/2 pfennig), en un endroit difficilement visible au cystoscope, une région d'œdème bulleux correspondant à la petite tuméfaction perçue au toucher.

D'après les résultats de l'examen cystoscopique on devait évidemment penser à une tumeur située dans la paroi vésicale ou y ayant fait irruption secondairement.

Après l'épreuve de sédimentation du sang, on pouvait exclure un processus malin. En raison de la grande acuité des douleurs on ne put attendre le retour des règles durant lesquelles on aurait vraisemblablement constaté la présence des vésicules typique décrites par Ottow. Le seul diagnostic porté était celui d'endométriome de la vessie.

Le jeune âge de la malade, son désir de maternité future, firent écarter le traitement aux Rayons X. Il ne restait donc que la méthode sanglante. Dilatation pénible jusqu'à la bougie de Hégar N° 8. Laparotomie : Annexes et ovaires fondus en deux masses des deux côtés ; trompes augmentées de volume ; dans le vertex de la vessie dont la paroi postérieure adhère fortement à l'utérus, se trouve un nodule à gauche de la ligne médiane, dans la paroi vésicale, nodule de la taille d'un œuf de pigeon. Pas de kystes chocolat au niveau des deux ovaires. Libération des annexes de leurs adhérences, extirpation de la trompe gauche et de la masse, mise d'une sonde à demeure. L'examen histologique confirme le diagnostic.

Trois semaines après l'intervention la malade quitte l'hôpital, ses troubles génitaux et urinaires ayant complètement disparu. L'auteur termine son observation par un résumé des symptômes de l'endométriiose.

FROMMOLT (In Zblt. f. Gyn. 1932).

L'auteur rapporte : un cas personnel, un cas d'Hosoi, un cas de Bürg, et un cas de Derichsweiler. Son cas est le suivant :

Femme de 38 ans. Une fausse-couche. Se plaint de douleurs à la menstruation depuis 6 ans. Règles régulières toutes les quatre semaines, durant 5 jours. Donc, depuis six ans, douleurs dans le bas-ventre, à droite, exagérées pendant

les périodes menstruelles. A l'examen, rien de particulier ; cicatrice d'appendicectomie.

Au toucher vaginal, rien d'anormal, sinon : un nodule dans la paroi antérieure de l'utérus, de la taille d'un petit pois. Annexes modifiées, surtout à gauche.

La cystoscopie pratiquée par Ottow montra une élévation du plancher vésical mais pas de modifications visibles de la vessie ni des uretères. En raison de l'âge de la malade on décide une laparotomie ; et ce fut Frommolt qui la pratiqua. Elle permit de constater un utérus myomateux avec, à gauche, un hématosalpinx entouré de nombreuses adhérences à l'utérus, à l'intestin et à la paroi. Les ovaires sont farcis de petites vésicules la trompe gauche est enflammée. La vessie adhère au fond utérin surtout par son angle droit. Clivage difficile de la vessie ; hystérectomie subtotale. Une cystoscopie fut faite pour vérifier l'état de la vessie : il apparaissait un épaississement d'aspect humoral. On dut ouvrir la vessie pour voir une vésicule de la taille d'un petit pois, remplie d'une sérosité foncée. On réséqua une petite partie de la muqueuse vésicale, une adhérence formant un recessus dans la paroi ayant empêché de voir la vésicule bleuâtre.

L'histologie confirma le diagnostic : vésicule de la paroi vésicale elle-même, la partie qui faisait saillie dans la lumière vésicale n'était qu'une varice ; deux figures montrent : l'une une tumeur de la paroi vésicale, l'autre une varice de la muqueuse vésicale. L'auteur indique que la présence de cette varice vésicale chez une femme présentant des douleurs au moment de la menstruation, varice sujette à l'hypérhémie menstruelle, aurait pu faire errer le diagnostic. Il insiste sur l'intérêt présenté par ce cas, du fait des images cystoscopiques qu'on peut y rencontrer.

Une coupe pratiquée au niveau de la corne droite en un point où la vessie adhérerait a montré les mêmes vésicules que dans la paroi vésicale. Il s'agit donc, conclut l'auteur, d'une « typique adenomyosis externa uteri ».

KOHLER (In Zblt. f. Gyn.).

Premier cas. — Femme de 42 ans, réglée à 16 ans ; règles normales durant 4 à 5 jours, mais douloureuses ; grossesse laborieuse ; deux avortements. Il y a 20 ans, appendicectomie ; il y a 17 ans, opération d'Alexander-Adam. En 1926, extirpation de l'annexe droite pour grossesse tubaire. En 1930 hystérectomie et ablation de la trompe gauche pour de multiples myomes. L'ovaire gauche qui avait été laissé fut enlevé en raison d'un kyste ; pas d'adhérences, pas d'examen histologique des myomes.

Mais, trois mois après l'intervention, apparition toutes les quatre semaines de douleurs à type de crampes, durant de cinq à huit jours ; la patiente signale une hématurie le premier jour, en même temps qu'apparaît une cystalgie telle que la malade se retient d'uriner ; ses douleurs irradient à l'intestin, déterminant une diarrhée intense. Dans l'intervalle, calme absolu.

La malade fut traitée pendant un an et demi, considérée comme souffrant de douleurs dues à l'intervention.

Examen gynécologique : rien d'anormal.

Cystoscopie : dans l'intervalle des douleurs, l'aspect est normal ; muqueuse et uretères non modifiés ; dans le bas-fond vésical, à 2 cm. environ au-dessus de l'abouchement de l'uretère droit : noyau de la grosseur d'une noisette, surmonté de quatre kystes : un rouge, trois bleu-transparent. Déjà sur l'anamnèse le diagnostic d'endométriome pouvait être porté. De plus, la palpation laisse percevoir une tuméfaction.

Un nouvel examen est pratiqué le premier jour des douleurs : la tumeur est plus grosse et plus sensible.

Au cystoscope, la tumeur est plus grosse ; les kystes sont devenus bleu-sombre ; à la partie supérieure de la tumeur se voit une nodosité. Après huit jours de douleurs continues, la tumeur est encore plus grosse, les kystes transparents se sont multipliés ; l'ensemble donne l'impression

d'une grappe de raisin ; pas d'œdème visible. Entre les douleurs la tumeur semble entrer en régression. Le diagnostic d'endométriose fut établi en raison de ces modifications cycliques.

Considérant l'âge de la malade on décide une castration aux Rayons X. On commença le traitement huit jours avant le retour des règles pour ne pas attendre l'exacerbation menstruelle : les douleurs revinrent comme à l'ordinaire ; la cystoscopie répondait à la seconde image décrite plus haut ; les douleurs diminuèrent au bout de cinq jours ; pendant ce temps la tuméfaction a diminué de moitié et la teinte bleutée est devenue à peine visible. Depuis lors tous les troubles vésicaux ont disparu.

La malade fut suivie jusqu'à présent ; la tuméfaction a conservé la moitié de son volume primitif et ne subit plus aucun changement (un an s'est écoulé depuis le traitement aux Rayons X.).

Ce traitement ne visait pas l'endométriose lui-même, mais cherchait plutôt à obtenir la diminution des douleurs cycliques.

Il semble intéressant de signaler qu'après les Rayons X la malade accusa des douleurs dans la fosse iliaque gauche, du côté où avait été primitivement laissé un ovaire. On est obligé de penser qu'il s'agissait d'un reste de kyste-goudron incluant dans la cicatrice.

Second cas. — Madame M..., 30 ans, nullipare, réglée à l'âge de 13 ans, a des règles indolores qui durent six à huit jours.

Il y a quatre ans, opération de Beuttner pour annexite bilatérale ; on laisse pourtant l'annexe droite ; dans l'ovaire, kyste de la taille d'une cerise ; au niveau des deux isthmes : nodosités.

A l'examen histologique, aucun caractère adénomyomatoux.

Deux ans et demi plus tard apparaissent au moment des règles des troubles vésicaux augmentant à la miction : ces troubles durent 14 jours, dépassant les règles de huit jours.

Examen gynécologique. — Utérus antéfléchi, ovaire normal ; partant de la paroi antérieure de l'utérus on sent une nodosité grosse comme une noisette, sensible et paraissant adhérer à la vessie. On porte le diagnostic d'endométriome vésical.

Cystoscopie (au premier jour des règles). — La vessie contient 200 cc., la muqueuse est dans son ensemble normale ; dans le bas-fond vésical, à environ deux centimètres au-dessus de l'abouchement de l'uretère droit, tuméfaction ronde de la taille d'une noisette, saillante, à bords nets du côté droit, mal limitée à gauche où elle s'étend ; la tumeur est bleu-sombre, deux petits kystes bleu transparent la surmontent.

Il est intéressant de noter que dans ce cas, le voisinage immédiat de la tumeur est œdématié ; il s'agit d'un œdème circonscrit, de coloration jaune-rougeâtre, criblé de petits pertuis. Neuf jours après le début des règles la tumeur a gardé son aspect primitif, mais sa teinte a pâli ; sur la muqueuse recouvrant la tumeur on voit de petites vésicules auxquelles on n'attacha tout d'abord aucune importance, mais qui représentaient la première manifestation de l'œdème de la muqueuse recouvrant la tumeur.

Une autre cystoscopie pratiquée dans l'intervalle des règles (trois semaines après le début) montre une image très différente : la tumeur est diminuée de moitié et entièrement recouverte de cet œdème particulier, jaune-rougeâtre, avec ses pertuis.

Une cystoscopie pratiquée pendant les règles suivantes montre une très légère augmentation de la tumeur, mais les kystes bleus ne sont plus visibles et, en dehors de cette légère augmentation de volume, aucun signe nouveau n'est constaté.

Nouvelle cystoscopie entre les règles, un mois et demi plus tard. La tumeur s'est étendue à gauche, elle est plus unie ; de plus, les kystes bleu-transparent ne sont plus visibles ; la tumeur est entièrement recouverte par l'œdème décrit plus haut qui tranche sur le reste de la muqueuse.

La cystoscopie pratiquée entre les règles confirme la description précédente, on trouve néanmoins une légère teinte bleue avec une tache rouge et quelques variations cycliques sont tout de même perceptibles. Il est intéressant de noter que malgré l'œdème les douleurs duraient 4 à 5 jours alors qu'auparavant les douleurs les plus vives duraient 14 jours ; les crampes douloureuses ont également disparu.

On ne pouvait se baser sur l'opération antérieure et le cas demeure en observation.

Troisième cas. — Madame F. K., âgée de 30 ans, réglée à 19 ans ; règles très régulières d'abondance moyenne durant alors trois jours. Un accouchement normal, deux avortements. Il y a cinq ans, opération conservatrice pour annexite ; depuis cette époque, règles abondantes et douloureuses. En 1929, opération de Beuttner pour annexite double ; ablation des annexes gauches et de la trompe droite, on laissa l'ovaire droit. Dans l'ovaire gauche existait un corps jaune hémorragique ; l'isthme de la trompe droite était épaissi.

L'examen histologique ne montra rien qui ressemblât à un adénomyome.

En 1930, la malade fut traitée pour gonorrhée.

A la fin de 1930, au moment des règles, apparition de vives douleurs durant 14 jours ; les douleurs sont à type de crampes exacerbées à la miction ; entre les règles, calme complet. La malade fut hospitalisée pour dysménorrhée et ménorragies.

En 1932, examen gynécologique : utérus antéfléchi ; au niveau du museau de tanche, carcinome en forme de cratère ; à droite et à gauche de l'utérus on perçoit une légère induration. B.W. négatif.

Cystoscopie dans l'intervalle des règles : capacité : 250 cm³ ; muqueuse et abouchements urétéraux normaux. Au milieu entre le bas-fond vésical et la partie inférieure on aperçoit une nodosité de la grosseur d'un haricot, bleue, saillante dans la vessie, entourée de deux petites excroissances du même aspect ; au col de la vessie, varicosité, mais pas d'œdème. La seule anamnèse permet de porter le diagnostic. A cause du cancer du col on décide d'intervenir immédiatement.

Dans le bassin : nombreuses adhérences que l'on sectionne. Voici quel était l'état du petit bassin après la résection fundique : l'utérus était recouvert de péritoine vésical, sa paroi antérieure adhérait largement à la vessie, dans la paroi postérieure de laquelle on sentait un épaississement. L'ovaire droit, gros, contenait un kyste. On entreprit tout d'abord la résection du paramètre, puis on ouvrit la vessie par sa partie supérieure après avoir décollé de l'utérus le péritoine qui le recouvrait. La tumeur se présente telle que l'a montrée la cystoscopie, bleu sombre, de la grosseur d'un haricot ; on l'extirpe de la paroi vésicale que l'on suture en deux plans. On termine l'opération suivant la méthode de Wertheim ; la plaie guérit par première intention.

Depuis, la patiente ne présente plus aucun trouble et une cystoscopie de contrôle montra une cicatrice nette. On constata à l'examen histologique une endométriose vésicale typique ; des coupes en série auraient pu montrer le point de départ utérin de l'endométriose vésicale : on voit en effet un épaississement fait de tubes épithéliaux partant de la muqueuse ; les conduits épithéliaux et les kystes traversent la paroi musculaire, se prolongeant jusque dans la vessie par les ligaments et à travers la musculature légèrement hypertrophiée ; les kystes sont particulièrement développés dans la sous-muqueuse ; dans le voisinage de ces tubes et dans les petits kystes on trouve du tissu cytogène ; ces kystes sont bordés de cellules cylindriques et cubiques épithé-

liales ; au niveau des kystes les plus gros, les cellules épithéliales sont aplaties ; les kystes moyens et gros présentent des formations pseudo-glomérulaires avec de-ci de-là fusion du tissu glandulaire et du tissu cytogène ; plus le kyste est gros plus il y a de tissu cytogène autour ; tous ces kystes contiennent du vieux sang ; en aucun point il n'existe de communication entre les tubes glandulaires et les kystes, de plus les kystes profondément enfoncés dans la muqueuse ne présentent ni épithélium vésical ni cellules à mucus ni cellules de Becher ; dans ce cas on peut affirmer que l'endométrion vésical a pris naissance au niveau de l'épithélium de la muqueuse utérine, en effet le chemin suivi par les tubes glandulaires et les kystes est aisément visible, de la muqueuse utérine à la muqueuse vésicale.

Quatrième cas. — Madame Fr. Sch..., âgée de 32 ans, nullipare, réglée à 20 ans, règles régulières, indolores durant 5 jours ; traitée il y a quelque temps pour gonorrhée ; B.W. positif. Il y a 9 ans intervention conservatrice pour annexite gonococcique ; en 1926 opération de Beuttner pour pelvi-péritonite chronique et annexite double (annexe gauche et trompe droite) ; l'ovaire droit est normal. Peu de temps après l'opération, dysménorrhée. Depuis 1927 douleurs vésicales avec paroxysme au moment des règles ; celles-ci jusqu'en 1931, revinrent, durant 8 semaines, régulièrement toutes les 2 ou 3 semaines, la malade se plaignait alors de sensation de pesanteur au niveau de la vessie et de douleurs à la miction. Le toucher vaginal montra un utérus antéfléchi, dextro-versé, l'ovaire droit était gros et palpable, adhérait fortement à l'utérus, peu mobile.

Dans les urines très nombreux leucocytes.

Cystoscopie après les règles : capacité de 200 cc., l'abouchement de l'uretère gauche est nettement visible, le droit est situé au fond d'un repli, la muqueuse vésicale est légèrement rouge, le bas-fond est le siège d'un œdème plus marqué

à cet endroit, entre les deux uretères, se voit une tumeur de la taille d'un haricot, recouverte d'œdème.

Comme on ne put faire alors de diagnostic, on pratiqua, quelques jours après, une biopsie endo-vésicale ; le fragment prélevé présentait la structure d'un polype avec quelques follicules lymphoïdes.

Aux règles suivantes la malade observa une augmentation des troubles vésicaux.

On se décida donc à intervenir, et comme une nouvelle cystoscopie n'avait pas montré la présence de kystes bleutés caractéristiques, on pratiqua une cystostomie extra-péritonéale pour s'éclairer sur la nature de la tumeur.

Protocole opératoire: Incision médiane sous-ombilicale; pendant la libération du bas-fond vésical on remarque la présence d'une tuméfaction au niveau de la paroi postérieure de la vessie, à cause de cela on abandonne ce procédé d'intervention et après ouverture et résection du péritoine recouvrant l'utérus, on extirpa la tumeur qui se révéla alors comme étant constituée de tissu endométrial ; l'ovaire droit qui adhérait à l'utérus était également uni à la tumeur dont on put cependant l'en séparer ; comme on désirait conserver l'ovaire on ouvrit la vessie très haut et l'on vit alors dans le bas-fond vésical une tumeur de la taille d'une pièce de 5 pfennigs, bleue, qui, étant assez loin des uretères, fut extirpée sans difficulté ; on sutura la vessie en deux plans, on enleva l'ovaire à cause d'un kyste-goudron.

La guérison se fit par première intention.

Depuis lors la femme ne souffre plus et ses douleurs qui duraient depuis plusieurs années ont disparu d'un seul coup.

Une cystoscopie au moment de son départ montra une légère rétraction cicatricielle au niveau de l'incision.

L'examen histologique confirma le diagnostic d'endométriose de la vessie ; l'aspect n'était cependant pas comparable avec le précédent, ici la tumeur était isolée de

l'utérus, mais le point de départ utérin ne faisait pas de doute ; en effet partant de la muqueuse du corps et infiltrant le muscle se voyaient des proliférations glandulaires bordées d'un épithélium cylindrique ; on remarquait en particulier un tube épithélial plus long qui partant de la muqueuse utérine traversait le muscle utérin sous la forme d'un canal plus large presque kystique et pénétrait dans la paroi vésicale où il se ramifiait dans la musculature atteignant même la muqueuse ; au niveau de la sous-muqueuse se voyaient des kystes très gros et très serrés.

La tumeur montrait donc une structure typique d'endométriose de la vessie que nous ne décrirons pas. Retenons seulement que se voyaient sur les coupes : des formations glandulaires, des tissus enflammés, du tissu cytogène.

VON SAUER (Zblt. f. Gyn. 1933).

Femme de 44 ans qui vient consulter pour une hématurie indolore bientôt suivie de douleurs au moment des règles. Dans l'intervalle bonne santé.

L'état général est satisfaisant. L'urine est un peu trouble contenant un léger dépôt purulent avec quelques hématies.

La cystoscopie montra l'existence d'une tumeur vésicale de la taille d'une cerise siégeant sur la paroi postérieure au niveau de la ligne médiane. La muqueuse était soulevée par un noyau intra-pariétal.

Une biopsie pratiquée au cystoscope opérateur ne donna aucun élément de diagnostic ; le microscope ne montra que des lésions inflammatoires banales portant sur les couches musculaires profondes. On conseilla cependant l'intervention, qui fut pratiquée par le Professeur Joseph : vessie soulevée à l'utérus dont la libération est laborieuse. On retrouve au niveau de sa paroi postérieure une tumeur de la grosseur d'une cerise, déjà découverte à l'examen précédent.

Ablation du noyau, sonde de Pezzer gardée 10 jours. Une nouvelle cystoscopie pratiquée seize jours après permit de voir de petits nodules d'aspect inflammatoire au niveau de la cicatrice vésicale.

La malade sortit trois semaines après l'intervention, guérie.

L'examen histologique montra une endométriose typique. Von Säuer conclut en disant que l'endométriose vésicale est plus ignorée que rare.

SETTERGREN (In Report : « A previously published case of endometriosis of the Urinary bladder. »).

Il s'agissait d'une femme qui avait été opérée pour une tumeur de la vessie par taille sus-pubienne. Il avait été impossible à ce moment de préciser s'il s'agissait d'une endométriose primitive ou secondaire. Par la suite, les règles devinrent douloureuses et s'accompagnèrent de troubles vésicaux violents. La malade signalait l'absence absolue de symptômes dans l'intervalle des périodes menstruelles. Dans la cicatrice vésicale de la précédente intervention, on sentait une tuméfaction dure. On intervint par laparotomie, suspectant l'endométriose.

Cette seconde intervention permit de constater que l'endométriose s'était à nouveau développée dans la paroi vésicale et qu'elle ne semblait pas provenir de la propagation à cet organe d'une endométriose primitive des organes génitaux, mais qu'il fallait plutôt la considérer comme localisée d'emblée à la vessie.

SETTERGREN 2^e cas (In Acta Chir. Scand. 1933).

Femme de 27 ans qui présente depuis quelques mois à l'époque de ses règles des douleurs à la miction. Elle n'a pas de sang dans les urines. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal n'indique rien de particulier. A la cystos-

copie on peut voir, près de l'orifice urétéral droit, une néoformation de la taille d'une noisette, paraissant kystique et dont une partie était bleu-rouge.

Lors d'une nouvelle cystoscopie pratiquée pendant la menstruation, le noyau semble plus tuméfié et l'un des petits kystes paraît s'être vidé dans la vessie.

Extirpation par taille sus-pubienne de la tumeur qui présente à l'examen histologique un aspect absolument typique d'endométriose.

L'intervention délivra la malade de tous ses troubles vésicaux.

HASELHORST (Zblt. f. Gyn. 1933).

Madame E. Prot, 39 ans, mariée deux fois sans enfant ; pas d'affection génitale dans les antécédents.

Contre sa stérilité, on procède à une dilatation du canal cervical puis à un curettage. L'examen des débris ramenés par la curette montre un endométrrome typique.

En 1924, nouvelle dilatation suivie de curettage, pour sténose du canal cervical et endométrite ; mise en place d'un drain en verre pendant quelques jours.

Trois mois avant son admission elle subit une appendicectomie (appendicite aiguë), intervention au cours de laquelle on constata la présence d'une tumeur grosse et dure partant de l'appareil génital et qui fut considérée comme un carcinome ovarien inopérable.

A son admission, Mme Prot signale que, depuis trois ans, au moment des règles et surtout au troisième jour elle ressentait des troubles vésicaux à type de pollakiurie ; l'examen gynécologique montre un utérus myomateux avec, à côté, une tumeur de la taille d'une pomme, reliée au fond utérin par un pédicule. On sent également un nodule de la grosseur d'une noisette semblant partir de la partie inférieure de la face antérieure de l'utérus.

On pratiqua une hystérectomie subtotale qui confirme le diagnostic d'utérus myomateux mais qui réserve une surprise : le noyau perçu est beaucoup plus profond qu'on le supposait et est parfaitement reconnu comme partant de la paroi cervicale et refoulant la vessie. Le péritoine de la cavité vésico-utérine est sain et la vessie est en contact direct avec la tumeur.

Après un essai patient de libération vésicale on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'un myome simple, mais que la tumeur, cependant dure, contient de nombreux kystes hémattiques qui font le diagnostic : noyaux endométriotiques entre le col et la vessie. A ce moment, pour juger de l'état de la muqueuse vésicale, on pratiqua une cystoscopie qui montra quatre petites vésicules bleuâtres dans l'aire du trigone. Une de celles-ci avoisinnait l'abouchement urétéral droit. Dans ces conditions, pour ne pas exposer les uretères englobés par la tumeur, on réséqua celle-ci en négligeant les lésions de la muqueuse vésicale.

Malgré toutes les précautions, on constate après révision que la vessie a été perforée au niveau de la tumeur. Cependant, à cause des lésions laissées dans la muqueuse vésicale, on extirpe les deux trompes et les deux ovaires. Sauf un infarctus pulmonaire au dixième jour, la convalescence se fit normalement.

Une cystoscopie pratiquée cinq semaines après l'opération montra encore nettement les petits kystes bleu, mais bien plus petits et bien plus pâles.

L'auteur indique ensuite que ce qui l'intéressa le plus, fut de savoir l'origine de cet endométriole. Un pédicule plus étroit et plus mou que la tumeur vésicale l'unissait à la paroi cervicale.

L'examen histologique apporta des précisions : la pièce opératoire fut fixée et des coupes en série permirent de démontrer que les lésions endométriales de la paroi vésicale communiquaient avec les mêmes lésions de la paroi cervicale

à travers le pédicule. L'auteur reproduit un tel aspect sur une figure en couleurs. Il étudie ensuite tous les détails microscopiques des cellules, des noyaux, des éléments glandulaires et de leur contenu. Haselhorst termine enfin en envisageant la possibilité d'une implantation de l'épithélium utérin dans une lésion du col, lésions produites au cours des interventions antérieures : dilatation, curettage.

KAMNICKER (Zblt. f. Gyn. 1934).

Femme de 40 ans qui vint consulter en juillet 1931, pour une affection génitale : fibrome utérin atteignant presque l'ombilic. Comme il était survenu une forte hématurie, on pratiqua une cystoscopie qui montra la présence d'une tumeur polypeuse paraissant ulcérée.

La patiente fut pour cela mise en observation avec le diagnostic de cancer inopérable de la vessie. Elle fut alors examinée dans un service d'urologie où l'on porta le diagnostic de tumeur inflammatoire ouverte dans la vessie ; on pratiqua une intervention conservatrice dont l'auteur ne précise pas la nature. La malade en fut grandement améliorée et les hématuries devinrent plus rares.

Le 29 avril 1933, elle revient dans le service d'urologie où elle raconte l'histoire qui précède, en y ajoutant que, depuis quelques mois, elle est atteinte d'hématuries abondantes au moment de la menstruation accompagnées de douleurs dans le bas-ventre, douleurs devenues intolérables lors de ses dernières règles. L'examen gynécologique permet de sentir un utérus approchant à deux travers de doigt de l'ombilic, utérus sur le bord droit duquel on trouve un nodule de la grosseur d'une noix, filant en avant vers la vessie.

La cystoscopie décéla, en même temps que des urines très sanglantes, à l'intérieur de la vessie, à droite, dans le bas-fond, une tuméfaction de la grosseur d'une noix reposant sur une plage d'œdème bulleux ; la muqueuse environnante était œdématiée et de teinte bleutée. Au centre de la

plage se voyaient des kystes bleu-noir, comme emplis de sang.

Sur cette cystoscopie, le diagnostic d'endométriose vésicale fut affirmé ; de plus, les hématuries permettaient de le préciser en celui d'endométriome ouvert dans la vessie. Une biopsie endo-vésicale montra une tumeur faite de sacs glandulaires désordonnés, tels qu'en présente la muqueuse utérine à la fin de la période menstruelle.

On traita la malade aux Rayons X, qui, espérait l'auteur, feraient disparaître les douleurs, quitte en cas d'insuccès, à pratiquer l'intervention sanglante.

Pendant l'hospitalisation de la malade on remarqua pendant les règles :

- 1° Les urines sanglantes ;
- 2° A la cystoscopie, une muqueuse sanglante au niveau de la tumeur œdémateuse précédemment décrite ;
- 3° Le saignement. Ce saignement persistait faiblement après les règles.

J.-A. WEIJTLANDT. Au 34^e Congrès d'Urologie, Amsterdam, 1934.

Une femme de 24 ans, qui souffre depuis 15 ans de ménorragies profuses résistant à tous traitements (médication interne, hormonale, curettage, etc...) entre à l'hôpital à deux reprises, véritablement exsangue, ce qui nécessita les deux fois une transfusion sanguine. Enfin une hystérectomie sus-vaginale fut pratiquée le 24 octobre 1930 (Dr Schigenberg) qui mit fin aux ménorragies, dont seul l'examen histologique put déterminer la cause : endometriosis uteri interna.

La malade quitta l'hôpital apparemment guérie. Cependant, six semaines après l'opération un nouveau symptôme apparut : hématuries douloureuses périodiques, rythmées par les règles : trois semaines d'hématuries furent suivies d'une semaine de rémission. A la cystoscopie, la muqueuse

vésicale au niveau du ligament interurétéral est rouge et gonflée, présentant l'aspect de l'œdème bulleux. L'orifice urétéral gauche était entouré d'une muqueuse altérée ; le droit se trouvait en bordure de la zone malade ; tout près de l'orifice urétéral gauche se trouvaient deux petites vésicules à centre bleuâtre qui semblaient remplies de sang. En outre, la moitié dorsale du col vésical était irrégulière et bosselée par de l'œdème bulleux.

L'image cystoscopique fit penser à une tumeur maligne, un cancer utérin par exemple, pénétrant dans la paroi vésicale.

Néanmoins plusieurs motifs permettaient de diagnostiquer une endométriose vésicale :

- a) la période menstruelle des hématuries ;
- b) la présence d'une endométriose utérine ;
- c) la ressemblance de l'image cystoscopique avec celle publiée par Ottow et Muller dans un cas semblable ;
- d) de plus, on pouvait observer à la cystoscopie une augmentation et une diminution périodiques des altérations vésicales.

À son regret, plusieurs essais pour obtenir une confirmation histologique du diagnostic, par excision au cystoscope, ne furent pas couronnés de succès, ne montrant que des lésions inflammatoires banales.

Ni pendant l'opération ni à l'examen de l'utérus enlevé on ne put constater de connexions de l'endométriose utérine et de l'endométriose vésicale. Dans l'utérus, l'affection n'atteignait pas les couches externes du muscle ; on avait donc affaire à une endométriose à localisation double :

une endométriose $\left\{ \begin{array}{l} \text{uteri interna} \\ \text{vesicalis interna} \end{array} \right.$

L'auteur envisage ensuite les traitements divers de l'endométriose. Dans le cas cité, essai de castration par les Rayons X. Quatre séances furent faites en avril et en mai 1931. Le résultat ne se fit sentir qu'en octobre seulement.

Après une courte période hématurique de 7 jours la malade resta quarante jours sans hématurie et sans douleurs.

Une rechute de dix jours eut lieu en décembre 1931, qui nécessita une nouvelle séance. Ensuite, apparence de guérison suivie de cystoscopies successives qui montrèrent la régression des altérations de la muqueuse vésicale. Le 2 février 1932, la vessie était normale.

Hélas, après trois mois et demi (exactement cent neuf jours) nouvelle rechute ; un nouvel essai de traitement aux Rayons X s'avère sans effet. A l'occasion d'une appendicite ultérieure on enleva en même temps ce qui semblait être le reste de l'ovaire gauche (ovaire enlevé en 1930 avec l'utérus). Un année plus tard, retour de la malade très anémiée ; son état nécessite une transfusion et fait hésiter devant une résection de la tumeur vésicale qui nécessiterait la transplantation des uretères. On fait donc de l'électro-coagulation endo-vésicale et des Rayons X sur l'ovaire et la vessie. Résultats médiocres mais suffisants pour que la malade quitte l'hôpital. L'auteur termine en passant en revue les diverses théories émises sur l'origine de l'endométriase.

Erle HENRIKSEN, de Baltimore (In Journ. of. Gynec. Med. Ass, 1935).

Madame B... âgée de 27 ans a déjà subi une appendicéctomie à l'âge de 16 ans. A 18 ans, salpingectomie pour pyosalpinx, sans que l'utérus soit fixé en suturant les ligaments ronds au-dessus des insertions des trompes comme il est d'usage.

Cette dernière intervention eut lieu neuf jours après les dernières règles, par incision médiane ; l'opérateur nota que les trompes avaient été faciles à enlever, mais il ne fit cependant aucune tentative pour fixer l'utérus.

L'état général fut excellent jusqu'il y a un an. A ce moment apparaît une douleur sourde dans le cadran inférieur gauche, qui ne s'accroît pas aux périodes menstruelles et qui ne cède pas aux pratiques usuelles. Deux mois

avant l'admission, des douleurs violentes à la miction apparurent après la cessation des règles, sans hématurie. Cependant les symptômes urinaires s'aggravent, s'accompagnant de dysurie et de pollakiurie diurne et nocturne. On préleva de l'urine stérile par cathétérisme, malheureusement en dehors des périodes menstruelles : pas de globules rouges. Des antiseptiques urinaires atténuèrent les symptômes. Au palpe bimanuel on peut sentir une petite masse mobile située en avant du fonds utérin, assez molle et semblant pédiculée.

On pense à un petit myome sous-séreux de l'utérus. Les deux ovaires sont de taille normale, relativement mobiles. Malheureusement la cystoscopie n'est pas pratiquée, d'abord parce que l'on ne songe pas à la possibilité d'une tumeur vésicale, puis parce que les urines prélevées ne révélaient rien d'anormal aux divers examens.

Incision médiane basse ; utérus de taille normale en bonne antéposition, mobile ; ses surfaces sont lisses. Les cicatrices des cornes sont normales et libres d'adhérences ; les ovaires de taille normale, sont facilement libérés d'étroites bandes d'adhérences fibreuses. Aucun signe d'endométriose péritonéale ou ovarienne. Une petite masse d'environ 4 cm. de diamètre, complètement recouverte par le péritoine est trouvée en avant de l'utérus.

Le repli péritonéal de la vessie est aisément décollé de l'utérus et l'on découvre que la masse est dans la paroi vésicale. On ouvre la vessie et la masse tumorale apparaît. La muqueuse vésicale avoisinante paraît légèrement congestionnée, mais d'apparence relativement normale. On résèque la masse avec une étroite bande de tissu vésical sain et la plaie est suturée en 3 plans de catgut. Une sonde de Pezzer N° 14 est laissée en place pendant 10 jours. Suites opératoires normales. A sa sortie, le 15^e jour, la malade évacuait 350 cc. d'urine sans hésitation ni malaise. Un mois après, elle fit savoir qu'elle avait eu une période menstruelle sans douleurs abdominales ni urinaires.

MIKULICZ-RADECKI (In Stoekel Handbuch der Gyn. 1937).

Femme de 43 ans. Trois accouchements normaux. Un avortement. En 1930, opérations suivantes par voie vaginale : évidemment du col, colporraphie antérieure et postérieure, opération d'Alexander-Adam ; de la cloison antérieure on extirpa une tumeur. Depuis 1934, sensation de pesanteur au niveau de la vessie et du rectum et principalement au moment des règles. En 1935, douleurs de plus en plus vives aux règles.

Au toucher vaginal, dans le cul-de-sac antérieur, tumeur grosse comme une prune, bosselée, et reliée à la partie antérieure du col. Sur cette tuméfaction, quelques nodosités et quelques kystes bleuâtres.

Cystoscopie : Entre les abouchements urétéraux, tuméfaction de la taille d'une noix, avec des petits kystes bleuâtres très rapprochés.

Protocole opératoire : résection vaginale de la tumeur qui se laisse facilement cliver du col. Extirpation de la tumeur vésicale. Suture de la vessie d'après le procédé de Wolkowitch. Guérison.

Diagnostic : Endométriome de la vessie et de la cloison vésico-vaginale, avec point de départ au niveau de la lèvre antérieure du col, et peut-être aussi de la partie antéro-inférieure du corps utérin. Toute la tumeur était constituée par des formations endométriales. Il existait des kystes remplis de sang.

CHAUVIN. (Bull. Soc. Fr. d'Urologie, séance du 21-12-36).

Le 4 mars de cette année, une femme de 30 ans, Madame M. M. P. se présentait à mon examen pour troubles vésicaux. L'histoire est absolument caractéristique :

Depuis trois ans environ, chaque période menstruelle coïncide avec une poussée douloureuse accompagnée de pol-

lakiurie diurne et nocturne, douleurs à la miction et ténesme léger. Ces signes de réaction vésicale atteignent leur maximum à la fin des règles, puis s'atténuent et disparaissent après une durée totale de 13 à 14 jours.

La malade n'a jamais eu d'hématurie ni de pyurie ; elle n'a aucune douleur lombaire. Dans ses antécédents on relève deux interventions abdominales : une laparotomie pratiquée à Rennes, à 24 ans ; nous ne pouvons savoir le nom du chirurgien ni la nature exacte de l'opération. On aurait observé des signes de péritonite ; on n'a enlevé ni les ovaires ni la matrice. Il y a dix-huit mois, nouvelle intervention, à Hyères, pour une annexite gauche avec adhérences, paraît-il, très nombreuses et très serrées ; ovariectomie gauche.

À l'examen, le sujet se présente comme une femme robuste, en assez bon état général, légèrement amaigrie. Petite éventration au bas de la cicatrice de laparotomie. Palpation des régions lombaires négative, ainsi que l'examen des divers appareils.

Le toucher vaginal montre un utérus normal à col légèrement métritique. Les annexes droites sont normales. Dans le cul-de-sac gauche, en avant et à gauche de l'utérus, le doigt perçoit une masse du volume d'un petit œuf très aisément individualisée, plaquée dans l'angle utéro-vésical, mobile par rapport à l'utérus et surtout très douloureuse au toucher.

Au cystoscope, la vessie apparaît déformée ; elle se distend beaucoup moins dans sa partie gauche qui présente un aspect rétracté, avec des plis de la muqueuse rappelant les plis radiés des cicatrices de brûlures. Le méat urétéral gauche est caché entre ces plis ; il n'existe pas de modifications apparentes de la muqueuse, pas d'ulcérations, pas de cystite.

La cystoradiographie à l'état de réplétion vérifie cette perte d'élasticité vésicale de la moitié gauche de l'organe qui demeure plus aplati et se dilate moins que le côté opposé. Les urines sont normales.

Intervention le 14 mars 1936.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, ouverture prudente d'un péritoine largement adhérent aux anses intestinales. Décollement progressif de la paroi antérieure puis de l'utérus légèrement augmenté de volume. Les annexes gauches manquent, les droites sont rigoureusement normales. A travers le péritoine pariétal intact et libre, dans le tissu celluleux retro-pubien, on sent la tumeur perçue au toucher à gauche de la ligne médiane, en arrière de la branche pubienne. Incision du péritoine et découverte d'un noyau induré mal limité, sans aucune capsule limitante et adhérent à la vessie sur sa face postérieure à gauche.

Il est impossible de le séparer de cet organe qui est ouvert au cours des manœuvres et dont un mince fragment est réséqué avec la tumeur. Cette dernière assez péniblement disséquée est extirpée ; la vessie est refermée en deux plans. Le péritoine pariétal est reconstitué et l'abdomen fermé en trois plans.

Les suites opératoires n'ont été troublées que par une complication pulmonaire d'ailleurs sans gravité et, le 11 avril, Madame B. quittait le service entièrement cicatrisée. Une cystoscopie pratiquée avant son départ avait montré une cicatrice blanchâtre au niveau de la corne gauche, sans lésions apparentes de la muqueuse. La tumeur enlevée était constituée par une masse de consistance fibreuse, du volume d'une grosse amande verte, de forme irrégulièrement ovoïde, faisant corps avec les tissus ambiants avec lesquels elle se confondait progressivement, sans aucune délimitation. Elle était intimement adhérente à la paroi vésicale et en particulier à la musculuse de cet organe. La muqueuse autant qu'on en pouvait juger, n'apparaissait pas envahie, car elle était relativement mobile sur la masse. La section de la tumeur présentait une structure dense, une coloration irrégulièrement foncée, brune en certains points, violacée en d'autres. A la coupe s'écoulait un suc de même teinte, provenant de kystes minuscules.

Fixée au Bouin et coupée, elle montra au microscope des tissus de trois ordres : musculaire, conjonctif, épithélial. L'auteur décrit en détail l'aspect microscopique des tissus avec les diverses transformations visibles sur les coupes ; il insiste sur les variations de l'épithélium glandulaire, le plus souvent symétriques.

L'examen histologique confirmait ce que rendait évident l'aspect clinique caractéristique : endométrrome vésical à développement exocavitaire ayant respecté la muqueuse de l'organe, endométrrome paraissant primitif et unique comme localisation sur l'organisme, bien qu'il obéisse à la loi générale de s'être manifesté après une intervention sur les organes génitaux ; la première laparotomie en effet n'a conduit à aucune ablation d'organe, la deuxième semble bien n'avoir été motivée que par une annexite banale.

HOLLSTEIN (Zblt. f. Gyn. 1937).

Dans ce rapport, Hollstein parle de neuf cas d'endométriose survenus dans des cicatrices de laparotomie ; cependant il ajoute trois cas d'endométriose de la vessie. Dans un cas, la malade avait été opérée d'appendicite cinq ans auparavant ; dans un autre cas, intervention pour rétro-flexion 13 année plus tôt. Dans ces deux cas, il s'agissait d'un endométrrome uteri-externa qui envahit toute la paroi vésicale et qui déterminait des troubles caractéristiques à chaque période menstruelle. Dans le troisième cas, on ne retrouve dans les antécédents ni avortement ni intervention d'aucune sorte : l'endométriose unissait le ligament rond à la vessie. Entre les deux se trouvaient quelques noyaux musculaires.

L'auteur ne fournit aucun renseignement ni sur la cystoscopie ni sur le traitement et le résultat obtenu.

STOECKEL (Zblt. f. Gyn. 1938, 12, 651).

Femme de 36 ans. Il y a neuf ans, laparotomie pour un motif inconnu ; anamnèse typique, de même que la cys-

toscopie et le toucher vaginal, cela aussi bien pendant la menstruation que pendant l'intervalle des règles.

Avant l'opération, double cathétérisme urétéral.

Résection simple de la partie de la vessie et d'un noyau endométriotique de la taille d'une petite pomme.

Suture de la vessie en deux plans au catgut.

Sept jours après l'opération, menstruation sans douleurs, cicatrisation par première intention.

KAMNICKER (Stoeckel. Handbuch der Gyn. 1937).

Femme de 42 ans. Fixation de l'utérus. Cinq après, hystérectomie pour fibromes. Quatre mois après, douleurs périodiques augmentant progressivement d'intensité.

Au toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac droit une nodosité de la taille d'une cerise.

Au cystoscope : œdème pariétal postérieur et droit avec plage d'œdème bulleux ayant en son centre des varicosités bleues.

Radium et Rayons X furent appliqués.

Guérison due en grande partie au Radium.

R. GREGOIRE et R. COUVELAIRE (Bull. Soc. fr. d'Urologie, 16 janvier 1939).

Nous reproduisons ici cette observation telle qu'elle a été communiquée par M. R. Couvelaire à la séance du 16 janvier 1939 de la Société française d'Urologie.

Madame Dela... âgée de 29 ans est hospitalisée à la Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine, le 3 mai 1936, pour ménorragies et dysménorrhée. Les premiers troubles remontent à 1927. Depuis cette date, la malade, qui n'a jamais été en état de gestation et qui était antérieurement bien portante, présente des règles douloureuses et prolongées. Les douleurs sont vives, à type de coliques intermittentes et l'écoulement sanglant dure environ dix jours et contient de minimes caillots.

L'examen général ne décèle aucune lésion digne d'être notée.

Urée sanguine : 0,37 gramme ; Temps de saignement : deux minutes ; Temps de coagulation : sept minutes ; Hématies : 4.300.000 ; Hématoblastes : 260.000 ; Urines : ni sucre ni albumine.

Protocole opératoire (M. le Professeur R. Grégoire) :

Hystérectomie subtotale pour kystes ovariens bilatéraux ; du côté gauche, kyste gros comme deux poings ; du côté droit, kyste du volume d'une noix. La lésion a semblé si banale que l'examen histologique des parois kystiques n'a pas été réclamé. Suites opératoires normales ; sortie au 15^e jour en état satisfaisant.

Trois ans après, en mars 1938, la malade a été à nouveau hospitalisée dans le service parce qu'elle éprouve des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite et qu'elle souffre au moment de la miction.

Ces douleurs ne sont pas permanentes. Il est fort intéressant, nous semble-t-il, de souligner qu'elles évoluent par crises paroxystiques mensuelles à l'époque du mois durant laquelle la malade était autrefois réglée.

Du point de vue urinaire, tout se résume à une sensation de brûlure pénible pendant la miction, immédiatement avant elle et immédiatement après elle. Il n'existe ni hématurie, ni pollakiurie, ni perte de la limpidité des urines. L'examen abdominal et le toucher vaginal ne révèlent aucune lésion patente.

La malade est examinée par le Docteur Louis Michon au pavillon Gosselin ; la cystoscopie ne décèle aucune image pathologique ; le cathétérisme urétéral et l'urétéro-pyélographie rétrograde permettent d'affirmer l'intégrité des reins.

Le 2 septembre 1938, la malade se présente à la consultation du service parce que les douleurs vésicales persistent et sont devenues intolérables, l'obligeant à l'absorption quo-

tidienne d'un analgésique. La cystalgie est devenue permanente et subit une exacerbation au moment de la miction. Il existe de la pollakiurie, surtout nocturne.

L'état général est apparemment touché : amaigrissement, fatigue, pâleur. Nous apprenons que cette malade, depuis son dernier séjour, a été examinée successivement dans le service urologique de Saint-Louis et à la clinique urologique de l'hôpital Necker. Ni l'exploration clinique, ni la cystoscopie ne furent en mesure, à cette époque, de déceler la moindre lésion organique.

Le 2 septembre 1938, on perçoit aisément au toucher vaginal combiné au palper hypogastrique, la présence au-devant et au-dessus du col restant, d'une petite masse de la grosseur d'une noix, arrondie, irrégulière, peu mobile et douloureuse. Elle a certainement des connexions avec le col restant et se mobilise avec lui.

Par ailleurs, les urines sont limpides et la température normale.

Le diagnostic d'endométriome de la cloison vésicale est évoqué. Sans oser l'affirmer, nous conseillons à la malade une laparotomie exploratrice. La dernière exploration cystoscopique datant d'un mois et n'ayant, paraît-il, révélé aucune modification pathologique, nous négligeons, bien à tort, d'en pratiquer une nouvelle.

Protocole opératoire (Docteur R. Couvelaire). — Incision médiane sous-ombilicale ; libération de quelques adhérences épiploïques à la cicatrice abdominale ; le péritoine pelvien au-dessus et en avant du col restant est soulevé par la masse cliniquement perçue. Ce péritoine est d'aspect normal et se laisse aisément inciser et cliver ; on cherche vainement à isoler la tumeur du col restant et de la vessie ; elle adhère au col en intime fusion et elle fait partie de la paroi postérieure de la vessie ; aussi décide-t-on une exérèse en bloc au large des limites tumorales, du col restant, de la cloison vésico-vaginale et de la paroi vésicale.

Les uretères sont préalablement repérés, le pôle inférieur de la tumeur atteint la zone inter-urétérale ; son pôle supérieur est d'accès plus facile. Exérèse satisfaisante et fermeture de la vessie en trois plans ; le péritoine vésical est interposé entre la suture de la vessie et l'ouverture vaginale, en s'inspirant de la technique autrefois décrite par M. le Professeur Legueu à propos de la cure opératoire de certaines fistules vésico-vaginales. Drainage vaginal par un drain et deux mèches ; surjet colo-vésical d'exclusion au fil de lin. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage, sonde vésicale à demeure.

L'examen de la pièce opératoire montre que la muqueuse vésicale n'a encore subi que des altérations macroscopiques discrètes ; elle est soulevée par la tumeur sous-jacente et lui adhère deci-delà ; en un seul point, il existe un orifice punctiforme par où sort par la pression un liquide goudronneux. Suites opératoires simples.

La malade quitte le service le 24^e jour et ne souffre plus, les mictions sont devenues normales.

Examen histologique (Docteur Alice Desmont, Chef de Laboratoire à la Faculté) : Coupe passant par le corps utérin, la tumeur et la vessie. Au niveau du col utérin on observe des glandes nombreuses, allongées et plissées dont l'épithélium est formé par de hautes cellules cylindriques mucipares.

Le chorion est normal. La vessie est reconnaissable à ses différentes assises ; l'épithélium de la muqueuse est assez épais ; on retrouve quelques bourgeons épithéliaux tels qu'on en rencontre dans le bas-fond vésical. Le chorion conjunctivo-élastique est normal ; les musculuses interne et externe sont très épaisses. On distingue parfaitement parmi les faisceaux musculaires de nombreuses cavités épithéliales très irrégulières par leur forme et par leurs dimensions. Les plus volumineuses contiennent souvent un liquide où l'on reconnaît quelques éléments du sang et quelques débris

cellulaires. Ces cavités sont limitées par un revêtement épithélial régulier dont les cellules ressemblent à celles qui revêtent les glandes endométriales. Elles sont en général très aplaties. Exceptionnellement ces cavités sont entourées de chorion cytogène.

En résumé : col utérin normal, muqueuse vésicale normale, musculieuse modifiée par des formations endométrioïdes typiques. Les auteurs ajoutent qu'ils ont eu l'occasion de revoir la malade le 25 novembre 1938 ; la cystalgie avait totalement disparu, l'état général était excellent ; au spéculum on voit la cicatrice de la brèche vaginale ; deux fils de lin apparents sont extraits qui entretenaient un suintement vaginal intermittent.

Au cystoscope il est très difficile de retrouver la zone cicatricielle, tant la surface de la muqueuse est régulière et d'apparence normale. On est averti du siège et de l'étendue de la cystectomie partielle par le rapprochement inusité des orifices urétéraux qui sont tout près l'un de l'autre et facilement visibles en même temps dans le champ de l'appareil.

M. Couvelaire nous a fait savoir qu'il avait encore revu la malade le 15 avril et qu'elle n'accusait ni troubles ni douleurs.

ETIOLOGIE

Chez qui rencontre-t-on l'endométriome vésical et plus généralement l'endométriose ?

Nous avons lu la plupart des articles concernant cette affection ; il s'agissait toujours de femmes, durant leur période d'activité génitale et plus particulièrement entre 30 et 45 ans (23 cas).

L'endométriome vésical, lui, se rencontre presque exclusivement chez d'anciennes opérées, et, parmi celles qui n'ont pas subi d'interventions, la plupart sont nullipares, voire stériles et traitées pour cette stérilité (deux curettages après dilatation dans le cas d'Haselhorst). Parmi les interventions le plus souvent rencontrées, celles intéressant l'appareil génital tiennent la première place : hystérectomie, colpotomie, ligature des trompes, hystéropexie, colpopérinéoraphie, ovariectomie.

On relève aussi avec une relative fréquence la notion d'une appendicectomie antérieure ou, plus vaguement, celle d'une laparotomie dont la malade ignore parfois ce qui la nécessita et ce qui fut fait (Stoekel, Chauvin).

Les quatre cas rapportés par Köhler résument à eux seuls la plupart des interventions retrouvées dans les antécédents des malades :

Dans le premier cas, après une grossesse laborieuse suivie de deux avortements, la malade avait subi successivement une appendicectomie, une opération d'Alexander-Adam, et enfin une hystérectomie avec ablation de la trompe gauche, pour myomes multiples ;

Dans le second, il avait été pratiqué une opération de Beuttner pour annexite bilatérale et petit kyste de l'ovaire ;

Le troisième cas cité par Köhler est celui de Mme K..., qui signalait dans ses antécédents : un accouchement normal, deux avortements, puis, une opération conservatrice pour annexite et deux ans après une opération de Beuttner pour annexite double ;

Enfin, quatrième cas, Mme Fr. Sch..., avait subi une dizaine d'années auparavant, une intervention conservatrice pour annexite gonococcique, et, trois ans plus tard, une opération de Beuttner pour pelvi-péritonite chronique et annexite double.

Enfin, dans les observations où l'on ne retrouve pas trace d'intervention chirurgicale, presque toutes les malades signalent des modifications plus ou moins récentes dans la durée ou l'abondance de leurs règles, tandis que le toucher vaginal permet d'apprécier un utérus fibromateux ou des annexes malades (Heany, Whitehouse, Keene, Weijtlandt).

Dans de nombreux cas (Eberhard, Frommolt), les patientes ont eu une ou plusieurs fausses couches. Très rares sont les observations (4) où ne sont signalées ni interventions ni fausses couches, ni stérilité, ni troubles des règles. Il est alors permis de se demander si cette absence ne tient pas à une insuffisance d'interrogatoire ou à un oubli jugé sans importance par l'observateur. Haselhorst, en 1933, notait dans sa statistique portant sur 25 cas l'insuffisance manifeste de dix observations. Cependant, il relevait déjà la fréquence de la stérilité et de la pauciparité qu'il hésitait à attribuer à un mauvais

état de l'utérus (trouvé lésé 13 fois sur 25 cas) ou de l'ovaire (anormal lui aussi 13 fois sur 25). Il concluait en constatant que dans 3 cas seulement sur 25, on ne retrouvait aucune trace d'opération ou d'affectation gynécologique antérieure. Depuis, un seul cas, noté par Hollstein, ne signale aucune lésion antérieure.

Donc, sur les 40 cas publiés, quatre seulement paraissent indemnes de tout antécédent gynécologique.

CLINIQUE

Pourquoi ces malades viennent-elles consulter, ou plus simplement quelles sont les manifestations cliniques de l'endométriome vésical ?

Le plus souvent ces tumeurs ont été trouvées par hasard (Schindler, Brady, Heany, Whitehouse, R. Meyer, Seegert, Piaux), ou opérées avec le diagnostic vague de « tumeur vésicale » fibromes, angiomes, carcinomes, varicosités. Comme dans la plupart des observations publiées avant la monographie d'Ottow, c'est l'examen anatomo-pathologique qui révéla leur véritable nature. En effet, sur les 40 observations, 25 n'ont vu leur diagnostic affirmé que par l'examen histologique.

Ce sera, nous l'espérons, l'utilité de notre travail, en résumant pour les mieux faire connaître les renseignements fournis par l'anamnèse et l'examen clinique, de permettre un diagnostic préopératoire qui semble devoir être aisé dans la majorité des cas.

SIGNES : La symptomatologie est le plus souvent vésicale et c'est pour une dysurie, une pollakiurie, du tenesme vésical, une brûlure à la miction (Whitehouse) ou de la simple « pesanteur de l'hypogastre » (Schindler, 3^e cas de Köhler, Mixkulicz-Radecki), que les malades viennent consulter. Mais ce peut être aussi pour d'atroces cystalgies rendant les mictions intolérables malgré l'emploi des barbituriques à doses massives (J. Muller), à tel point qu'une malade de Köhler hésitait à uriner. Dans un seul cas, de Köhler également, la malade vint consulter pour hématurie. Il est rare que ces troubles ne datent pas de quelques mois, comme dans

les observations de Whitehouse, Kamnicker, Settergren; le plus souvent il s'agit de troubles anciens remontant à plusieurs années : 3 ans dans un cas de Köhler, 5 ans dans celui de Starr-Judd, 6 ans dans une autre observation de Köhler, 7 ans dans une autre de Keene, 12 ans chez la malade de Mestitz.

Mais, fait capital et retrouvé dans toutes les observations, sauf dans celle de Keene, tous ces troubles présentent un paroxysme caractéristique aux périodes menstruelles, que signalent d'emblée les malades. Dans le cas de J. Muller, la malade présentait une pollakiurie diurne et surtout nocturne accompagnée de douleurs insupportables ne laissant aucun répit à la patiente ; à tel point qu'elle se présenta à Muller en disant « qu'elle était prête à tout », tandis qu'une des malades d'Ottow réclamait l'intervention chirurgicale à tout prix. Dans un cas de Köhler, l'hématurie survenait au premier jour des règles. Fait non moins intéressant et retrouvé dans un grand nombre de cas, ces troubles vésicaux souvent si douloureux cèdent en totalité ou au moins en partie durant les périodes intermenstruelles. Enfin, il n'est pas inutile de signaler que, dans certains cas, la mise en observation au seul moment des règles permet de constater les troubles urinaires douloureux; et nous verrons plus loin que les lésions endovésicales obéissent à cette loi commune à toutes les localisations endométriales.

Retenons donc : *que ce sont des troubles vésicaux variés qui amènent ces malades à consulter et que ces troubles mictionnels présentent une exacerbation nette au moment des règles*, comme d'ailleurs tous les symptômes présentés par les nodules endométriaux génitaux

ou extragénitaux, cicatrices de laparotomie entre autres où cette exacerbation est macroscopiquement visible.

Nous ne saurions trop insister sur le caractère capital et même pathognomonique de l'endométriose : *les paroxysmes menstruels*.

Cependant, la durée des troubles vésicaux ne correspond pas exactement à celle des règles, au moins dans un stade avancé de l'affection (Starr-Judd); dans la plupart des cas, ces troubles précèdent d'un jour ou deux l'apparition des règles (J. Muller, Ottow) et persistent encore plusieurs jours après leur cessation : 8 jours (Köhler), 17 jours (Brady, Ottow, Keene), 12 jours (Muller, Mestitz, Ottow). Entre celles-ci, répétons-le, une accalmie partielle sinon totale se produit. Köhler, Hasselhorst affirment à juste titre qu'ils ne connaissent pas d'affection présentant des variations cycliques aussi nettes et aussi intenses à tel point, dit Köhler, que « celui qui y pense doit en faire le diagnostic ». Fait vraiment curieux : on a vu, dans le cas de MM. R. Grégoire et R. Couvelaire, la malade hystérectomisée présenter des troubles vésicaux à l'époque qui, dans le mois, aurait dû correspondre à ses règles.

Un symptôme rarement signalé dans l'histoire clinique, l'hématurie, est cependant retrouvé dans quelques cas : hématurie indolore, totale, à renforcement terminal, beaucoup plus abondante pendant les règles, (von Sauer, Keene). Dans l'observation de von Sauer, l'hématurie était indolore, cessait entre les règles pour reparaitre avec celles-ci, s'accompagnant d'un ensemble de troubles vésicaux douloureux. Dans un cas de Köhler

l'hématurie apparaissait le premier jour des règles, la cystalgie le lendemain. Les troubles vésicaux ne sont cependant pas constants et dans certains cas, les malades viennent consulter pour des troubles purement génitaux ; l'intervention seule découvre des lésions vésicales souvent avancées, demeurées absolument muettes, expliquant ainsi l'absence d'un examen cystoscopique qui aurait vraisemblablement mis le clinicien sur la voie du diagnostic.

Mais la malade, nous l'avons dit, vient consulter la plupart du temps pour des phénomènes vésicaux.

Quels sont donc les résultats fournis par l'examen clinique pratiqué après un interrogatoire très minutieux et ici d'importance primordiale ?

L'inspection montre souvent une cicatrice d'intervention antérieure dont la malade précise parfois mal la nature.

La palpation permet rarement de percevoir des modifications importantes du tractus génital. Tout au plus permet-elle, comme dans les cas de Brackmann, Keene, Schindler, Frommolt, d'apprécier le volume d'un utérus fibromateux.

Aussi, la palpation, de valeur insuffisante par elle-même sera-t-elle combinée au toucher vaginal, car les résultats les plus importants sont fournis par deux examens : *le toucher vaginal et la cystoscopie*, ce dernier étant d'un intérêt capital. Il n'existe pas, en effet, de cas où une cystoscopie attentive, en période menstruelle pratiquée par un clinicien expérimenté et répétée au besoin plusieurs fois, n'ait montré une lésion, si minime soit-elle.

Le toucher vaginal est le temps nécessaire de tout examen gynécologique. Il fut pratiqué dans toutes les observations recueillies, mais avec un inégal bénéfice.

Il révèle souvent des lésions annexielles (Keene, Schindler). Dans le cas de Whitehouse on sent une tumeur imprécise « qui laissa croire à une hémorragie dans une corne rudimentaire d'un utérus bifide ». Dans celui de Mestitz l'annexe gauche paraissait anormalement volumineux et sensible. Enfin, dans le cas de MM. Grégoire et Couvelaire, on constata « au devant et au dessus du col restant, la présence d'une petite masse de la grosseur d'une noix, arrondie, irrégulière, peu mobile et douloureuse ».

Le toucher vaginal permet donc d'apprécier d'une manière approximative le volume et la consistance de la tumeur de la grosseur d'un haricot (Köhler) d'une prune (Mikulicz-Radecki) d'une cerise (Kamnicker), d'une orange, etc...

Mais il est rare que le toucher vaginal permette de pousser plus avant le diagnostic, bien qu'il ait fourni à ceux qui y songèrent un signe de grosse valeur : l'augmentation de volume et de sensibilité du noyau aux périodes menstruelles ; ce caractère n'est, d'ailleurs, pas particulier aux endométriomes vésicaux ; il se retrouve dans tous les endométriomes même extra-génitaux ; et les auteurs qui ont étudié ces localisations, entre autres Louis Michon et Comte, Köhler, ont bien insisté sur ces variations caractéristiques.

Mais il semble que les renseignements fournis, soit par le palper abdominal, soit par le toucher vaginal, même lorsque ceux-ci permirent d'affirmer l'existence d'une

tumeur localisée à la vessie, n'aidèrent en rien au diagnostic d'endométriose lorsque l'observateur n'en envisagea pas la possibilité ou lorsqu'il n'eut pas la bonne fortune d'assister aux variations menstruelles du noyau perçu ; car de même que les signes fonctionnels subissent une poussée douloureuse au moment des règles, de même la tuméfaction augmente de volume à cette époque.

Cependant, malgré l'orientation que devrait donner l'histoire clinique avec ses variations cycliques des signes fonctionnels et physiques, un examen prend une valeur primordiale : *la cystoscopie*.

Mais avant d'étudier ce chapitre d'importance capitale, voyons d'abord ce qu'on peut attendre de l'examen des urines.

Sur les quarante observations rassemblées, quatorze seulement font état de cette recherche : Starr-Judd, Keene, J. Muller, Eberhard, von Sauer, Settergren, Kamnicker, Weijtlandt, Henricksen, Köhler, Chauvin, Grégoire et Couvelaire. Huit fois sur ces quatorze cas, on remarque l'absence de sang, de sucre, d'albumine. Six autres fois, on constate la présence de sang ou tout au moins celle de quelques hématies dans le dépôt ou le culot de centrifugation. L'observation de Kamnicker dénonce un renforcement très net de l'hématurie au moment des règles. Dans le cas de Weijtlandt cette hématurie n'existait qu'aux périodes menstruelles. Dans le cas de Köhler, elle n'existait que le premier jour des règles. Enfin dans l'observation d'Eberhard il n'y avait ni sucre ni albumine, mais dans les urines « flottaient de petits lambeaux blanchâtres de tissus (vésicules aplaties d'œdème bulleux), avec dans le dépôt de nombreux débris épithéliaux ».

CYSTOSCOPIE : La cystoscopie traduit de façon visible et fidèle les troubles fonctionnels et leurs variations menstruelles ; pratiquée systématiquement pendant et entre les règles, elle ne doit pas permettre, même à elle seule, l'absence et moins encore l'erreur de diagnostic. Sa valeur a été bien reconnue, puisque depuis le mémoire d'Ottow nous n'avons pas trouvé une seule observation où cet examen ait été négligé. Henricksen seul ne le pratiqua pas et le regretta.

Si, malgré la cystoscopie, certains diagnostics d'endométriomes vésicaux n'ont pu être portés, cela tient non à son manque de valeur, mais bien plutôt à ce qu'elle fut pratiquée dans l'intervalle des règles, période durant laquelle elle est souvent peu évocatrice (Eberhard, Frommolt, von Sauer, Haselhorst, Köhler). Il est, en effet, impossible à l'observateur envisageant l'éventualité d'un endométriome vésical, de ne pas en faire le diagnostic sur la triade : troubles vésicaux, tuméfaction prévésicale, perçue au toucher, modifications endo-vésicales constatées à la cystoscopie, ensemble subissant de pair des variations cycliques.

Les auteurs ont bien insisté et particulièrement Müller, Ottow, Haselhorst, Köhler, Weijtlandt, Stoekel, sur la nécessité de pratiquer la cystoscopie *entre* et *pendant les règles*. Malheureusement, quelques observations seulement rendent compte de ce double examen. (Ottow, Oehlecker, Müller, Köhler, Kamnicker, Stoekel).

En dehors des époques menstruelles, la cystoscopie montra une tumeur de la taille d'un poids (Keene), d'une noisette (Brackmann, Settergren, 2 fois Köhler, Müller), d'une noix (Mestitz, Müller, Kamnicker, Mikulicz-

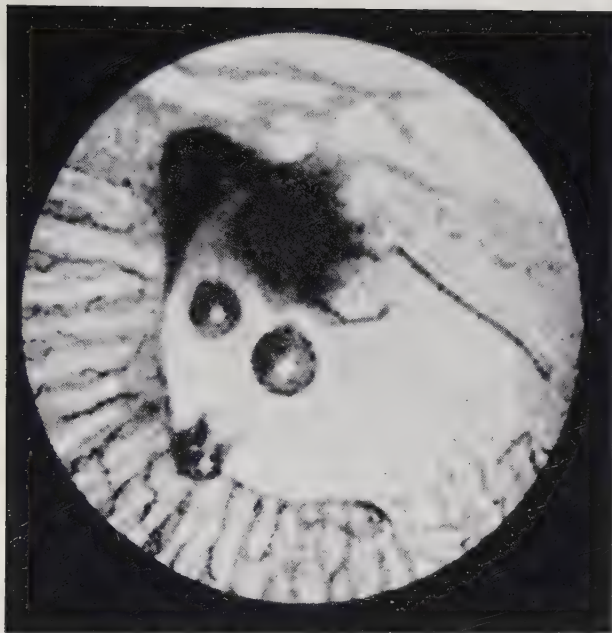
Radecki), siégeant au niveau du trigone, du bas-fond vésical (Oehlecker), de la zone avoisinant l'abouchement des uretères (Ottow, Settergren), rarement près du sommet (Müller), mais en aucun cas sur la face antérieure de la vessie, à tel point qu'Haselhorst affirme qu'il n'y a pas d'endométriome vésical de cette paroi.

L'examen cystoscopique semble prouver, en outre, l'intégrité constante de la muqueuse. L'endométriome est sous-muqueux et refoule la muqueuse devant lui ; c'est ce qui explique la rareté des hématuries dans l'endométriome vésical, signalées seulement dans un cas de Judd, un de Köhler, dans un autre de Keene et dans l'observation d'Eberhard ; ce dernier mentionne même qu'en dehors de l'hématurie il a trouvé, flottant dans les urines, des lambeaux blanchâtres de tissus qu'il croit être des vésicules flétries tombées dans la lumière de la vessie.

Les images fournies par la cystoscopie sont assez semblables entre elles. Pour permettre à l'observateur averti de poser le diagnostic, elles doivent être pratiquées entre les règles et pendant celles-ci. C'est la comparaison des deux images qui impose le diagnostic. Dans les premiers cas publiés, tels que ceux de Starr-Judd, Schindler, Keene, Frommolt, Mestitz, la période de l'examen par rapport aux règles n'est pas précisée ; il en est de même dans les cas pourtant plus récents de Plaut, Brady, Whitehouse. Ottow le premier et après lui la plupart des auteurs prirent soin de situer par rapport aux règles, l'époque de cet examen. Dans le 1^{er} cas d'Ottow, publié en 1929, il avait pratiqué une première cystoscopie *avant les règles* qui montra : « au



Image cystoscopique. — Avant les règles
1^{er} cas de Köhler.



Même cas. — Image au 1^{er} jour des règles.
Les modifications sont très sensibles.



Même cas. — Image obtenue au 8^e jour des règles
Les kystes bleu-transparent, se sont multipliés et leur ensemble
permet bien la comparaison avec une « grappe de raisins »

niveau du trigone et du bas-fond vésical légèrement surélevés des replis transversaux à type d'œdème pariétal; abouchements urétéraux normaux ; à côté de l'uretère droit, néoformation de la taille d'une noix saillant dans la vessie ; à la surface de la muqueuse, bosselure serrée, bleue, transparente, avec à sa partie inférieure de petits kystes de la taille d'une baie, visibles dans la lumière du cystoscope ». Une nouvelle cystoscopie pratiquée au cours des règles fut ainsi décrite : « cystoscopie caractéristique : la bosselure d'apparence tumorale est surmontée de plusieurs formations kystiques bleu transparent, cependant que de petits kystes sub-muqueux se gonflent et se colorent ; l'œdème pariétal paraît augmenté ; on note l'exagération de tous les symptômes pathognomoniques de l'endométriose déjà rencontrés ». Le diagnostic clinique était déjà posé par l'évolution de l'image cystoscopique (fig. 1, 2, 3).

Nous citerons en détail la cystoscopie du deuxième cas d'Ottow, car elle a servi de base à tous ceux qui étudièrent dans la suite la localisation vésicale de l'endométriose. Voici pour la cystoscopie pratiquée entre les périodes menstruelles : « vessie d'aspect normal, sauf au niveau de l'uretère droit où se voit une végétation de la taille d'une noisette, qui saille dans la vessie ». Et voilà pendant les règles : « précision de l'image ; la saillie dans la vessie est devenue plus importante et plus centrale ; toutes ces formations donnent l'impression d'une grappe de raisin ; les petits kystes bleus sont plus reconnaissables ; pas de signes de compression des uretères ; les cathétérismes urétéraux et les pyélographies rétrogrades sont normaux. »

Trois semaines après l'opération, avant le départ de la malade, la cystoscopie montrait : « une cicatrice plate, légèrement rouge et œdématiée par endroits. » Plus tard une autre épreuve montra : « une vessie normale, une cicatrice à peine visible ; le cycle menstruel s'effectue sans troubles ». Nous avons reproduit textuellement la description que fait Ottow de ces divers examens, pour bien montrer l'évolution cyclique de l'image cystoscopique. Après lui, les auteurs qui pratiquèrent cet examen d'après cette méthode parvinrent à poser le diagnostic avant l'intervention (fig. 4, 5).

Nous citerons aussi le compte-rendu de nombreuses cystoscopies (6) que pratique Kohler, dans l'un de ces cas, il résume les différents aspects du noyau endométriotique par rapport aux règles :

« Dans l'intervalle des douleurs, l'aspect est normal ; la muqueuse et les uretères sont normaux ; dans le bas-fond vésical, à environ 2 cms au-dessus de l'abouchement de l'uretère droit, noyau de la grosseur d'une noisette surmontée de quatre kystes, un rouge, trois bleu-transparent, déjà sur l'anamnèse le diagnostic d'endométriose pouvait être porté. »

Examen au premier jour des douleurs :

« La tumeur est plus grosse et plus sensible. Au cystoscope : la tumeur est plus grosse, les kystes sont bleu-sombre ; à la partie supérieure de la tumeur se voit une nodosité. »

Après huit jours de douleurs continues :

« La tumeur est encore plus grosse, les kystes bleu transparent se sont multipliés ; l'ensemble donne l'impression d'une grappe de raisin ; pas d'œdème visible »

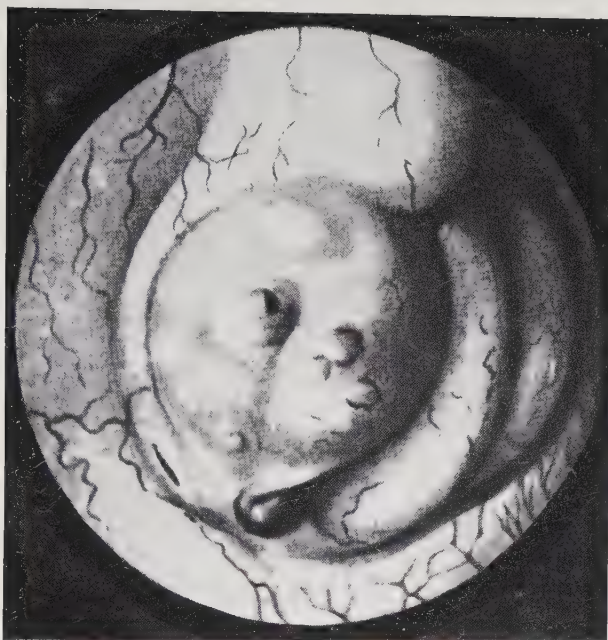


Image cystoscopique. — Avant les règles.
(B. OTTOW)



Même cas.
Image obtenue pendant la menstruation.

Entre les douleurs : « régression de la tumeur ».

Que devons-nous retenir comme lésions caractéristiques de l'endométriome à la cystoscopie ?

Tout au plus de petites vésicules, de taille et de nombre variables, surmontant la tumeur qui repose elle-même sur un œdème caractéristique : *l'œdème bulleux* qui, pour Köhler présenterait parfois de petits pertuis pathognomoniques. Les vésicules (exceptionnellement il peut n'y en avoir qu'une), sont tantôt de la taille d'un pois ou même plus petites (Frommolt), d'une cerise (von Sauer), d'une noix (Kamnicker), tantôt elles sont multiples, comme dans les cas de J. Muller, d'Haselhorst, de Köhler qui en décrivaient quatre, une rouge, trois bleu-transparent, de Keene qui en vit cinq de la taille d'un pois « trois bleues et deux grises », tantôt enfin si nombreuses que dans un cas d'Ottow et dans un autre de Köhler, ceux-ci les comparaient à une grappe de raisin.

Tous les auteurs décrivent ces vésicules comme ayant une teinte bleu foncé, rouge sombre, ressemblant à « du vieux sang » ; parfois la couleur en est telle qu'on a pu baptiser ces kystes « kystes-chocolat » (Schokoladencysten), kystes-goudron (tarry-cysts). Quoiqu'il en soit, tous les observateurs qui pratiquèrent la cystoscopie entre et pendant les règles (Ottow, Oehlecker, Settergren, Köhler, Kamnicker, Stoekel), reconnaissent la netteté avec laquelle les lésions vésicales répondent à l'hyperhémie menstruelle. Les kystes-goudron se gonflent, se tendent, prennent une teinte plus sombre, et même, dans le cas de Kamnicker on voyait une muqueuse sanglante au niveau de la tumeur qui, entre les règles, se montrait seulement rouge-sombre. L'une de

ces vésicules s'était même ouverte dans la lumière vésicale, ce qui expliquait les hématuries à paroxysme menstruel décrites dans ce cas. Enfin, dans l'observation d'Eberhard, « flottaient dans les urines des lambeaux blanchâtres de tissus (vésicules aplaties d'œdème bulleux) ».

En résumé, la cystoscopie montre un œdème non constant, bien particulier : œdème bulleux, muriforme, à surface bosselée, mamelonnée, parcourue d'un réseau veineux parfois variqueux : plage œdémateuse qui fait saillie encore davantage au moment des règles, montrant dans certains cas de petits pertuis (Köhler) qui suivent la loi générale des formations endométriales en laissant sourdre, plus rarement il est vrai que dans les autres formations endométriales, un peu de sang. Cet œdème vésical, souvent considérable, rougeâtre, avec formation de petits pertuis qui ne se rencontreraient que dans l'endométriose, serait, pour Köhler, pathognomonique. Dans un cas d'Ottow et dans un autre de Köhler, la cystoscopie pratiquée pendant la période menstruelle aurait montré un tel renforcement de l'aire œdémateuse qu'ils la comparent à une grappe de raisin.

Les petits kystes bleu-transparent saillants à la surface de l'œdème sont l'élément caractéristique de l'endométriome ; ils donnent l'impression de petites cavités remplies de sang ; généralement ces vésicules sont dépourvues de bords nets ; cependant Ottow signale dans l'une de ses observations : « à la partie inférieure de la tuméfaction on trouvait un petit kyste de la grosseur d'une baie » ; dans une autre : « à la partie inférieure de la néoformation se voyaient trois petits kystes tur-

gescents lors des règles » ; dans un cas de Müller : « *sur-tout à la partie inférieure*, bosselures donnant l'impression de vésicules » ; dans le cas de Kamnicker : « les kystes bleu-noir se trouvaient *au centre* de la plage (d'œdème). » Ces vésicules peuvent apparaître au moment de la menstruation comme véritablement pédiculées. D'ailleurs, durant ces périodes, tandis que les kystes goudron se gonflent, d'autres apparaissent qui n'existaient pas, kystes moins foncés, turgescents, remplis de sang qui peut se vider dans la lumière vésicale ou simplement suinter à sa surface. Le reste de la muqueuse est généralement sain bien que, dans les cas de Müller, de Kamnicker, d'Ottow, elle apparaisse très vascularisée dans son ensemble.

Il ne faudrait pas cependant exagérer l'importance des renseignements fournis par la cystoscopie. En effet, dans les 40 observations d'endométriomes vésicaux recueillies, on constate que Frommolt, Meyer-Seegerl, Heany, Settergren, Henriksen, Hollstein ne pratiquèrent pas de cystoscopie ou n'en signalèrent pas le résultat. Dans un de ces cas, l'auteur, Henriksen le regrette, mais dans la plupart des autres, si la cystoscopie ne fut pas pratiquée (Frommolt, Heany, Settergren, Henriksen), c'est que rien n'orientait l'examen vers la vessie. On le conçoit lorsque l'on réfléchit à l'évolution de l'endométriome, qui est interstitiel. Tantôt il se rapproche de la muqueuse et dans ce cas donne naissance à des troubles et devient visible au cystoscope, tantôt, au contraire il infiltre la musculature vésicale, se développe loin de la muqueuse, ne causant aucun trouble fonctionnel, aucun aspect anormal à la cystoscopie.

Cela est si vrai que dans les cas de Whitehouse, Schindler, Plaut, Brady, les cystoscopies ne montrèrent rien d'anormal et que, dans un cas de Frommolt, ce même examen fut pratiqué par Ottow sans résultat ; ce ne fut qu'à l'intervention et après ouverture de la vessie qu'on découvrit une vésicule de la taille d'un pois, remplie d'une sérosité foncée, et que cachait un repli de la muqueuse. Nous verrons au diagnostic différentiel quelles lésions peuvent simuler l'endométriase.

Un point reste à préciser : l'utilité de la biopsie.

Son emploi, critiqué dès le début, semble aujourd'hui n'avoir plus aucun défenseur. Parmi les auteurs qui ont discuté de l'opportunité de la biopsie, Ottow, le premier, bien qu'il la reconnaisse « facile et rapide » la juge cependant inutile, sinon dangereuse. La biopsie endo-vésicale établit, en effet, une communication entre les lumières glandulaires et la cavité vésicale, ce qu'il faut éviter, car cette communication peut amener d'autres complications : saignement dans la vessie au moment des règles. Ottow ne la tolère que lorsqu'on a besoin d'un diagnostic de certitude au cours de l'intervention ; dans ce cas, il ne s'agit plus que d'un examen extemporané.

De plus, après Haselhorst, MM. Grégoire et Couvelaire insistent sur ce point : « la libre communication entre la vessie et les diverticules kystiques n'est pas à désirer, ne serait-ce que dans la crainte d'un essaimage endo-vésical », et Haselhorst parle même d'une greffe possible. Cependant, nous ne connaissons aucune observation où une telle éventualité se serait produite.

Nous avons rassemblé cinq cas où Starr-Judd, von Sauer, Kamnicker, Köhler, Weijtlandt eurent recours à la biopsie. Seule celle que pratiqua Kamnicker au cystoscope opérateur permit de reconnaître « une tumeur faite de sacs glandulaires désordonnés, comme en présente la muqueuse utérine à la fin de la période menstruelle ». Dans les quatre autres cas, elle ne fournit aucun élément diagnostique intéressant. A von Sauer l'examen histologique montra : « des lésions inflammatoires portant sur les couches musculaires profondes » ; Starr-Judd n'obtint aucun résultat. A Köhler on répondit « polype avec follicules lymphoïdes ». Quant à Weijtlandt il précise avoir tenté plusieurs essais de biopsie qui « ne ramenèrent que des débris de tissus enflammés ».

On peut donc conclure avec MM. Grégoire et Couvelaire que « la biopsie semble d'autant moins nécessaire que le fragment prélevé ne permet pas toujours d'affirmer la nature endométriale de la lésion ».

Pour nous résumer, notons la valeur de :

1° l'accentuation des troubles vésicaux durant les périodes menstruelles ou leur apparition à ce moment ;

2° l'examen cystoscopique et surtout des variations constatées sur les images obtenues entre et pendant les règles ;

3° l'œdème bulleux avec de petits pertuis, ainsi que celle des petits kystes-goudron si caractéristiques, mais malheureusement inconstants.

DIAGNOSTIC

Il repose sur quatre symptômes capitaux, auxquels s'ajoutent, dans la plupart des cas, un faisceau de petits signes dont la valeur n'est pas négligeable.

Les symptômes capitaux sont :

Les troubles vésicaux,

Les renseignements fournis par l'interrogatoire,

La tuméfaction, et surtout

La cystoscopie.

Nous avons vu la diversité des troubles vésicaux, et l'interrogatoire montre leur évolution cyclique étroitement liée aux périodes menstruelles. Ils sont, en effet, renforcés à ces époques ou même y font leur apparition : cystalgie, pollakiurie diurne et nocturne, douleurs à la miction en sont l'expression clinique la plus fréquemment rencontrée. Nous avons vu que ces troubles débutent avec les règles ou quelques jours avant elles et persistent de quatre à dix jours après. Entre les règles, sédation absolue ou tout au moins relative. Donc, troubles vésicaux banaux, dont l'histoire a plus de valeur que la constatation.

Aussi, voit-on tout l'intérêt diagnostique d'un interrogatoire minutieusement conduit.

La tuméfaction n'a pas de valeur en soi ; là encore, la notion de variation de volume au moment des règles conjointement avec les douleurs en fait toute l'importance. En effet, le noyau perçu par le toucher vaginal entre les règles devient plus gros et plus douloureux à la pression durant celles-ci. Il n'existe pas pratiquement d'affection de l'appareil génital qui présente une telle périodicité dans ses manifestations.

Mais les meilleurs renseignements pour parvenir au diagnostic avant toute intervention demeurent ceux que fournit l'examen cystoscopique. Cependant, dans bien des cas, on ne recourut pas à cette épreuve (Frommolt, Meyer-Seegert, Heany, Settergren, Henriksen, Hollstein) Cette omission a une excuse : l'absence de troubles vésicaux constatés ou signalés par la malade.

C'est ainsi que le hasard seul fit parfois découvrir, au cours d'une intervention abdominale (Schindler, Frommolt, Whitehouse, Plaut, Seegert, etc...) une tumeur vésicale que l'examen anatomo-pathologique montra être une endométriose vésicale. Ottow remarque avec raison que, parfois, la description des lésions vésicales reconnues à l'intervention est tellement frappante qu'elle remplacerait aisément la cystoscopie. Parfois, au contraire, on ne peut porter de diagnostic certain, même à l'intervention, et ce n'est que par une cystoscopie pratiquée pendant celle-ci (Frommolt) qu'on peut affirmer l'endométriose.

Enfin, dans quatre observations (Schindler, Plaut, Brady, Whitehouse), la cystoscopie ne montra rien de pathologique. Dans les cas typiques, cet examen montre une plage d'œdème bulleux avec de petits pertuis, entourée d'une muqueuse saine, légèrement congestionnée; au centre de la plage ou le plus souvent à sa partie inférieure on peut voir un ou plusieurs kystes bleuâtres (kystes-chocolat ou kystes-goudron des Anglo-Saxons). Œdème bulleux et vésicules bleuâtres subissent avec une très grande netteté l'évolution cyclique que présentent tous les autres symptômes de l'endométriose.

Les petits signes, d'une valeur diagnostique minime lorsqu'ils sont pris isolément acquièrent une importance réelle lorsqu'ils sont réunis.

Ce sont : la notion d'interventions antérieures, principalement gynécologiques et qu'on retrouve fréquemment ; l'existence de troubles des règles, de survenue récente ; l'absence de grossesses antérieures, même la crainte d'une stérilité parfois déjà traitée (plusieurs fois dans le cas d' Haselhorst) ; la présence de sang dans les urines (Keene, Starr-Judd, Köhler, Kamnicker, Weijtlandt, etc...), et même dans le cas d'Eberhard, de petites vésicules aplaties d'œdème bulleux.

Le traitement non chirurgical n'est pas le moindre appoint pour le diagnostic.

Quelles affections peuvent simuler l'endométriose ? Aucune, à vrai dire, lorsque la symptomatologie réunit un certain nombre d'éléments et qu'en particulier on « trouve quelque chose » à la cystoscopie qui reste un élément essentiel ; ce qui revient à distinguer deux cas :

Ou on ne voit rien à la cystoscopie : alors l'erreur est la règle et, parmi les diagnostics émis, on rencontre très fréquemment ceux de myome, de fibrome, d'angiome caverneux (J. Muller), de carcinome (Kamnicker, Weijtlandt) et même celui de varices ; un cas de Oehlercker parle même de « tumeur bizarre ».

Ou on trouve quelque chose à la cystoscopie : il s'agit alors d'interpréter ce que l'on découvre.

Le mérite de J. Muller fut justement d'avoir le premier décrit, avec autant de minutie que d'exactitude, un cas d'endométriose de la vessie, mettant en lumière la périodicité des troubles et le renseignement capital

fourni par la cystoscopie entre et pendant les règles. Grâce à lui la plupart des endométriomes vésicaux publiés depuis cette époque furent opérés avec au moins une présomption diagnostique.

Il y a certes des cas où des lésions encore peu évoluées n'ont pas la même netteté d'image à la cystoscopie, il en est de même lorsque ces lésions évoluent en pleine musculieuse, loin de la muqueuse, Frommolt, Oehlecker, J. Muller, Köhler décrivent de tels cas.

Malgré cette incertitude relative et que la biopsie ne saurait dissiper ainsi que nous l'avons vu, Ottow affirmait déjà en 1929 « qu'on pouvait à peine parler de diagnostic différentiel et que, si même il n'existait que la seule observation, le diagnostic pourrait être posé ».

Nous envisagerons seulement pour les éliminer rapidement les tumeurs fibreuses et musculaires de la paroi vésicale ; mais la consistance des myomes et des fibromes est plus dure ; ils ne se laissent pas déprimer par la sonde vésicale ; le palper bimanuel peut aussi donner des renseignements plus sûrs et plus précis. Le cystoscope laisse voir une nodosité plus uniforme, plus lisse, mieux limitée, avec une muqueuse intacte. Enfin, et surtout il manque à ces myomes, à ces fibromes, les deux éléments caractéristiques de l'endométriose : l'œdème bulleux, les formations kystiques bleu-transparent.

Bref, l'image vésicale de ces tumeurs, d'ailleurs rares, ne montre aucune ressemblance avec celle de l'endométriose. Dans un seul cas le diagnostic pourrait être envisagé : celui où un myome utérin ou une tumeur des annexes viendrait à refouler la paroi vési-

sale, donnant ainsi à la cystoscopie l'impression d'une lésion de cette paroi.

Il faut également éliminer le cancer ; que certains comme Futh, Schindler, Mikulicz, Kamnicker y aient pensé, rien de plus naturel si l'on compare la fréquence relative des tumeurs malignes de la vessie et celle de l'endométriome. Dans un cas particulier, celui de Morson, il semble bien qu'il s'agissait d'un cancer et non d'un endométriome. Le cancer papillaire, le papillome ulcéré, dégénéré ne se discutent même pas. De même il ne sera pas difficile d'éliminer les tumeurs malignes à point de départ génital ayant secondairement envahi la vessie : si, au début, la lésion vésicale semblait bulleuse, œdémateuse, l'évolution voit rapidement transformer ces caractères ; en outre, l'anamnèse renseigne sur le siège de la lésion génitale initiale, le plus souvent localisée au col utérin.

Reste à envisager le cancer pariétal primitif de la vessie ; celui-ci se développe dans les parties profondes de l'organe et, au début, il peut se révéler par l'apparition de nombreux petits nodules visibles au cystoscope.

Mais de tels diagnostics s'effacent d'eux-mêmes quand on a soin de pratiquer un examen pendant une période menstruelle.

Avec le cancer, il faut éliminer le chorio-épithéliome, très rare certes, mais que nous ne saurions ici passer sous silence. En effet, l'examen cystoscopique permet de retrouver ici encore de petites plages bleues reposant sur des tissus œdématisés parfois saignants ; dans les deux cas peut se retrouver également la notion d'avortement récent. Ascheim et J. Muller prétendent

même que la coexistence du processus endométriotique avec la grossesse n'est pas si rare qu'on le dit . Ottow rapporte le cas d'un endométriome du cul-de-sac postérieur trouvé peu de temps après un curettage pour avortement. Shoch a trouvé au niveau des grandes lèvres un îlot endométriotique rouge foncé, fait de déciduale aberrante. Polano a pu constater au cystoscope une métastase chorio-épithéliale. Seul le microscope peut donner des renseignements précis.

Reste le diagnostic d'angiome caverneux, le plus difficile à éliminer. C'est dans ce sens que Müller avait d'abord orienté son propre diagnostic. Cependant, on trouve dans ce dernier cas une richesse plus grande de signes cystoscopiques, alors que dans l'endométriome il n'existe que quelques kystes bleus. De plus, Katz, Caulk, Marion ont insisté tout dernièrement sur l'importance des hémorragies de l'angiome caverneux de la vessie qui troublent, d'ailleurs, la cystoscopie ; dans le cas de Marion, se trouvait dans la partie supérieure de la vessie une formation rouge, irrégulière, entourée de veines élargies.

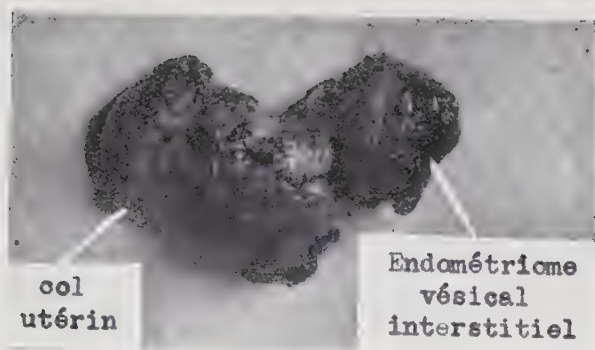
Des varicosités localisées de la paroi vésicale peuvent prêter à confusion, comme dans le cas de Marion, ainsi que dans un cas de Stoeckel ; à plus forte raison quand s'y ajoute une plage d'œdème bulleux, comme dans le cas de Bigler ; la discrimination devient alors des plus difficiles. Cependant, l'angiome n'a pas la même localisation vésicale ; il se rencontre en différents endroits de la vessie et se reconnaît à l'ectasie veineuse. Les varicosités de la vessie sont compressibles par la sonde vésicale ; elles peuvent être partiellement sépa-

rées de la muqueuse, ce qui n'est pas le cas de l'endométriome.

Dans le cas d'une tumeur annexielle ou d'une tumeur utérine à la veille de s'ouvrir dans la vessie, il existe bien de l'œdème bulleux, mais cet œdème est visible en plusieurs points parsemant la muqueuse, ailleurs parfaitement saine.

Ottow insiste sur l'importance que revêtent : l'évolution cyclique, l'anamnèse et la palpation en pareils cas. Là encore l'évolution de la lésion primitive apportera d'utiles renseignements.

Nous dirons pour conclure que, si certaines affections simulent à la cystoscopie l'endométriome vésical, particulièrement les varicosités et l'angiome caverneux, aucune ne semble présenter des modifications aussi importantes durant les périodes menstruelles, périodes qui restent le moment d'élection pour l'étude de l'endométriose. Ainsi se présente le diagnostic clinique .



Photographie de la pièce opératoire



Coupe de la tumeur

Passages fréquents entre les 2 types épithéliaux

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le diagnostic histologique fut souvent le seul formulé, avant les observations d'Ottow. En effet, dans toutes les communications faites avant lui et dans la plus grande partie de celles qui suivirent, l'intervention fut pratiquée sans diagnostic ou avec un diagnostic erroné : invariablement les monographies se terminent par « pas de diagnostic avant l'intervention » ; « à l'examen microscopique, endométriose typique ».

Comment se présente donc l'endométriose vésicale, macroscopiquement et au microscope ?

La pièce opératoire est chaque fois d'aspect différent, puisqu'il s'agit toujours de résection atypique, « à la demande des lésions ». En certaines occasions (Starr-Judd, Brackmann, Frommolt, Mestitz, Whitehouse, Keene), il s'agit de l'extirpation en bloc d'une tumeur diffuse ayant soudé les organes du petit bassin d'une façon plus ou moins étroite (fig. 6). A ce sujet, nous croyons utile de citer le compte rendu opératoire de Starr-Judd particulièrement évocateur :

« Incision médiane ; on trouve une tumeur infiltrante et diffuse dans le petit bassin, côté droit. Elle pénètre dans la paroi vésicale et s'étend dans les muscles de la paroi abdominale ; ovaire droit kystique et trompe sont unis à la tumeur ; uretère droit élargi à sa partie supérieure et englobé dans la néoformation ; corne gauche très rapprochée de la tumeur. Ablation de l'uretère droit avec ligature du moignon ; ablation de la moitié de la paroi vésicale, d'une partie du trigone jusqu'à l'urèthre ; conservation du muscle du sphinc-

ter ; ablation de l'ovaire et d'une partie de la musculature abdominale ; il y eut ouverture du colon sigmoïde à cause de son adhérence à la tumeur. Fermeture des brèches colique et vésicale ».

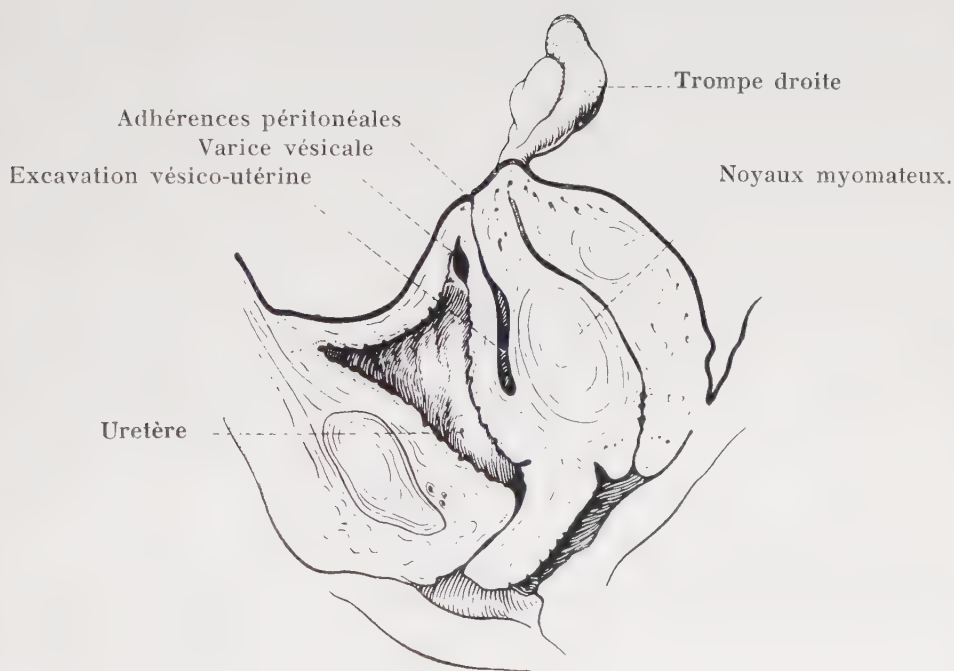
En mains, comment se présente l'endométriome ?

La tumeur est interstitielle, en pleine musculuse dans laquelle elle a diffusé, demeurant plus ou moins rapprochée de la muqueuse, qui est généralement saine, simplement refoulée.

A la coupe :

« L'endométriome se présente comme un tissu résistant d'allure fibromateuse et pouvant être pris comme tel par un observateur non averti ; les fibres du tissu myomateux se présentent avec un aspect irrégulier et forment de nombreux tourbillons blanc-rosés. Sur ce fond tranche par sa coloration un semis de petites formations brunâtres : ce sont des îlots adénomateux qu'un examen attentif permet de constater être bien formés par une muqueuse. Ils font à la pression saillie sur la coupe et laissent sourdre un peu de liquide brun-brunâtre, plus rarement un peu de sang frais. Parfois ces formations ont des dimensions un peu plus grandes et forment des kystes de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un petit pois. Cette association des deux tissus myomateux et adénomyomateux est absolument caractéristique de l'adénomyome ». (Michon - Comte).

Un autre caractère signalé par tous les observateurs est l'absence de limites, de parois propres du nodule endométrial. Son énucléation est donc impossible, la néoformation infiltrant les tissus dans lesquels elle se développe à la façon d'une tumeur maligne.



Endométriose de la vessie.

Schéma de FROMMOLT.

Ces deux caractères sont communs à toutes les formations endométriales, quelles que soient leur importance et leurs localisations.

Quels aspects particuliers revêtent les endométrio-mes vésicaux, du fait de leur siège et des rapports anatomiques de la région ?

Dans le cas d'Ottow, la formation endométriale était typique, très riche en stroma, avec formations glandulaires dont certaines cavités étaient remplies de sang ; elle était située profondément dans la paroi vésicale et plus en surface dans la paroi musculaire et dans le tissu graisseux de l'excavation vésico-utérine.

Dans la paroi vésicale, les processus endométriaux pénètrent par de larges trainées atteignant la muqueuse et établissant une communication avec la lumière vésicale. La réaction hypertrophique de la musculature vésicale était très légère, bien que, dans la plupart des cas, on signale un épaissement de celle-ci qui peut atteindre plusieurs centimètres (7 cm. d'après Kitaï).

Dans un cas de Frömmolt, l'endométrio-me, également typique, réunissait la couche externe de la vessie à l'utérus (fig. 8). Presque indépendant des organes existait un processus extensif de la muqueuse vésicale ressemblant à un « cystitis-cystica » ou comme l'appelait Meyer, un « adénomyosis vesicalis interna ». Ici, ajoute Frömmolt, « les petits kystes bleu-rouge ne peuvent pas être comparés aux formations glandulaires endométriales, mais sont comme des transformations de l'épithélium vésical par un processus spécial ».

Chauvin donne une description minutieuse de la pièce opératoire de sa malade. Nous la reproduirons en

totalité, car elle résume toutes les autres descriptions que nous avons lues.

« La tumeur enlevée était constituée par une masse de consistance fibreuse, du volume d'une grosse amande verte, de forme irrégulièrement ovoïde, formant corps avec les tissus ambiants avec lesquels elle se confondait progressivement, sans délimitation aucune.

Elle était intimement adhérente à la paroi vésicale, en particulier à la musculuse de cet organe ; la muqueuse, autant qu'on pouvait en juger, ne paraissait pas envahie, car elle était relativement mobile sur la masse. A la section, la tumeur présentait une structure dense et une coloration irrégulièrement foncée, brune en certains endroits, noir-violacée en d'autres. A la coupe s'écoulait un suc de même teinte provenant de kystes minuscules ».

En résumé, dans les formes peu avancées, on trouve une infiltration nodulaire siégeant au niveau du triangle, entre l'abouchement des uretères, dans le bas-fond, mais toujours au niveau de la paroi postérieure de la vessie, de la taille d'un pois, d'un haricot, d'une noisette, d'une prune et même davantage, à parois mal limitées et peu mobile ; car elle adhère le plus souvent à la face antérieure du col utérin à laquelle elle est reliée par un pédicule. Dans le cas d'Haselhorst, par exemple, des coupes en séries permirent de constater :

« Que les lésions endométriales de la paroi vésicale communiquaient avec les mêmes lésions cervicales à travers le pédicule ».

Une photographie incluse dans l'observation d'Haselhorst montre une coupe intéressant à la fois : le col

utérin et sa lésion, le pédicule et la tumeur vésicale, montrant d'une façon évidente le chemin parcouru par les cellules endométriales venues du col utérin. On peut trouver une figure analogue dans la relation d'un des cas de Köhler.

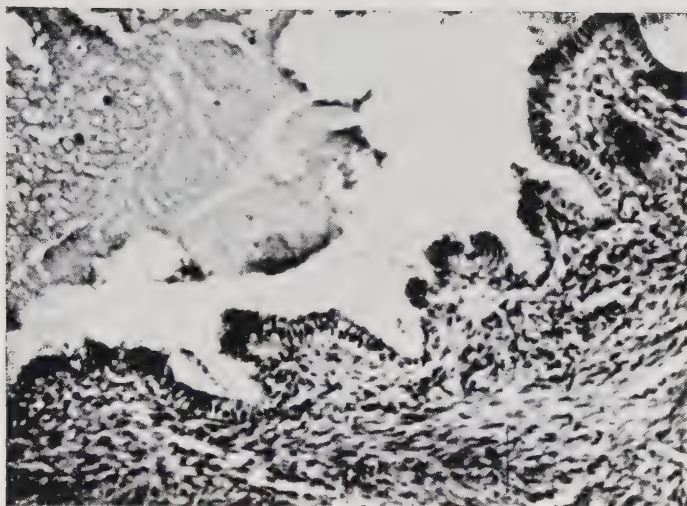
Plus spécifiques encore sont les résultats fournis par l'examen microscopique. Ici l'aspect ne permet plus aucun doute ; il n'est d'ailleurs pas spécial aux endométriomes vésicaux, mais appartient à tous les nodules endométriotiques (fig. 9 à 14). Köhler décrit ainsi la coupe :

« L'examen histologique montra une endométriiose typique ; des coupes en série auraient pu montrer le point de départ utérin de l'endométriome vésical : on voit, en effet, un épaississement fait de tubes épithéliaux partant de la muqueuse utérine ; les conduits épithéliaux et les kystes traversent la paroi glandulaire, se prolongeant jusque dans la vessie par les ligaments et à travers la musculature légèrement hypertrophiée ; les kystes sont particulièrement développés dans la sous-muqueuse ; dans le voisinage de ces tubes et dans les petits kystes se voit du tissu cytogène ; ces kystes sont bordés de cellules cylindriques et cubiques épithéliales. Au niveau des kystes les plus gros, les cellules épithéliales sont aplaties ; les kystes gros et moyens présentent des formations pseudo-glomérulaires avec, deci-delà, fusion du tissu glandulaire et du tissu cytogène.. Plus le kyste est gros, plus il est entouré du tissu cytogène. Tous ces kystes contiennent du vieux sang. En aucun point il n'existe de communication entre les tubes glandulaires et les kystes ; de plus, les

kystes profondément enfoncés dans la muqueuse ne présentent ni épithélium vésical, ni cellules à mucus, ni cellules de Becher ; dans ce cas on peut affirmer que l'endométriome vésical a pris naissance au niveau de l'épithélium de la muqueuse utérine. Le chemin suivi, en effet, par les tubes glandulaires et les kystes est aisément visible, de la muqueuse utérine à la muqueuse vésicale ».

Donc ces tumeurs présentent trois éléments constitutifs : un élément musculaire entourant des cavités glanduliformes rappelant celles de la muqueuse utérine ; cet élément musculaire se présente comme des tourbillons de fibres lisses en tous points semblables aux fibres utérines ; plus ou moins développé, ce tissu myomateux peut en certains points faire défaut. A la coupe, ces tissus sont orientés de façon variable et se trouvent sectionnés, les uns en long, les autres en travers, d'autres enfin obliquement.

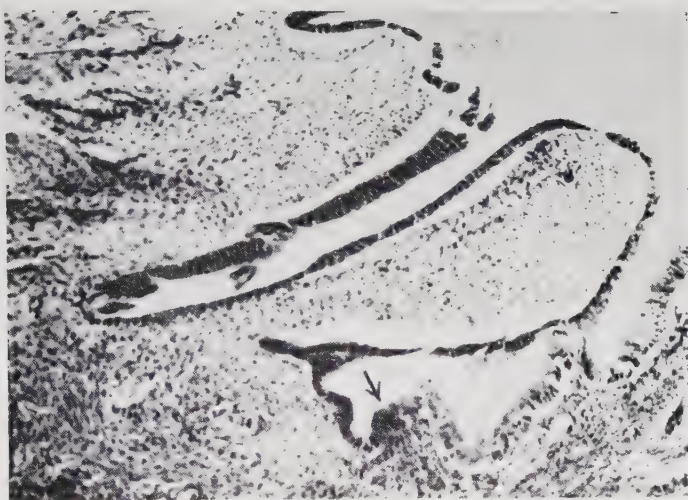
Un élément conjonctif s'insinue entre les faisceaux musculaires ; la texture et l'importance en sont variables d'un point à un autre ; par endroits, lâche, pauvre en cellules et en fibres, il est en général dense et prend en certains points un aspect fibreux. Les fibres volumineuses et serrées se groupent en échevaux ondulés. En certaines zones, une mince couche de tissu conjonctif sépare à peine les faisceaux musculaires presque en contact ; en d'autres points, les formations musculaires s'écartent, ménageant entre elles des espaces irréguliers, tantôt polygonaux, tantôt en fentes plus ou moins étroites et allongées.



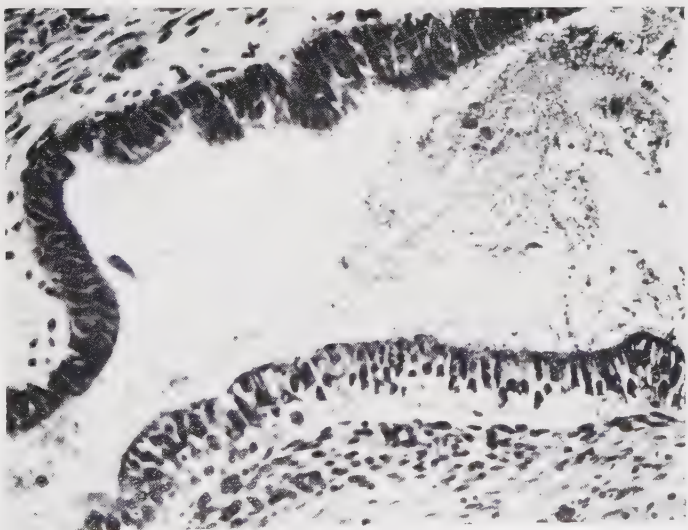
Passages fréquents entre l'épithélium endométrial
et les cellules glandulaires du type cervical.
(HASELHORST)



Passage de l'épithélium glandulaire du col à celui de l'endomètre
(HASELHORST)



Type de boyau glandulaire en doigt de gant.
La flèche indique la zone de passage entre les 2 épithéliums.
(HASELHORST)



Les deux épithéliums au niveau d'un tube.
(HASELHORST)

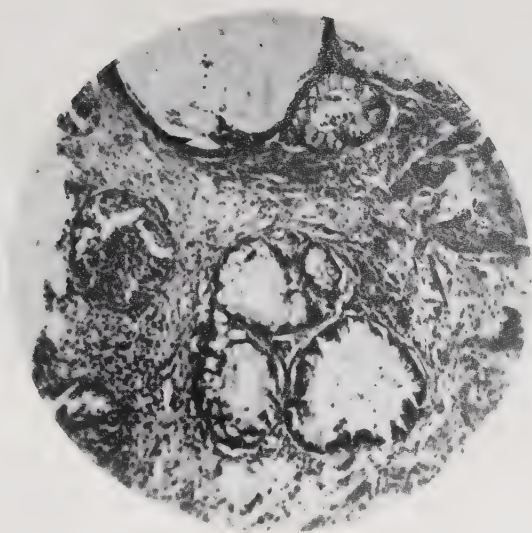
Dans ces espaces, le tissu conjonctif subit des transformations profondes : les formations fibreuses s'atténuent et disparaissent, les cellules, nombreuses, s'allongent et prennent un aspect fusiforme ; elles sont pourvues d'un noyau assez volumineux et de forme ovalaire ; on note un riche développement des formations vasculaires, c'est l'aspect typique du tissu cytogène décrit par les auteurs.

C'est au sein de ce tissu que se groupent les formations épithéliales. Il s'agit de formations de type indéniablement glandulaire : ce sont des glandes irrégulières, en larges tubes ou plutôt en larges cul-de-sac ramifiés ; leur lumière le plus souvent vide sur la coupe est parfois occupée par des éléments sanguins plus ou moins méconnaissables ou par des produits de desquamation pariétale. Leur épithélium présente une seule rangée de cellules fort régulières avec de beaux noyaux allongés dans le sens de l'axe cellulaire, volumineux, fortement colorés, occupant la partie moyenne de la cellule ou à peine plus rapprochés de sa base que de son sommet. En certains points se voient des cellules à mucus. Les vaisseaux sont très développés ; ils se présentent sous l'aspect de larges fentes au voisinage des éléments épithéliaux. » (Chauvin).

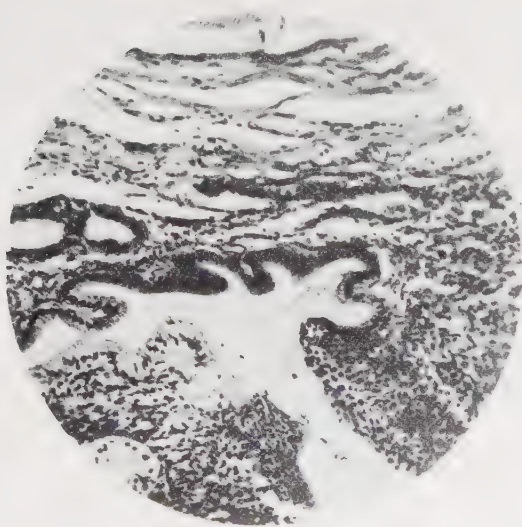
Ces trois éléments se retrouvent plus ou moins bien décrits dans toutes les observations que nous avons étudiées. Les éléments glandulaires sont constitués d'une couche unique d'un épithélium cylindrique de revêtement muni ou non de cils vibratils, limitant des cavités glandulaires pouvant devenir kystiques. Ces cellules rappellent tout à fait celles de la muqueu-

se utérine ; entourant cet épithélium on constate fréquemment une sorte de tissu lymphoïde appelé cytogène. Ce tissu ressemble de très près au chorion de la muqueuse utérine normale, si bien que le nom d'endométriome attribué aux lésions qui nous occupent est pleinement justifié : on a justement comparé le tissu endométriotique à un « utérus en miniature » (Michon-Comte), puisqu'il présente non seulement une identité histologique avec l'utérus, mais encore les mêmes qualités fonctionnelles que cet organe. Cette identité fonctionnelle se voit d'une façon particulièrement nette au cours des périodes menstruelles et pendant la grossesse : en effet, durant la menstruation, un saignement se produit dans les petites cavités glandulaires de la tumeur le sang épanché s'y modifiant et prenant alors l'aspect de « vieux sang », de « sang-goudron » qui caractérise les kystes-chocolat. C'est ce qui explique, d'une part, les douleurs paroxystiques menstruelles de l'endométriome quel qu'en soit le siège, d'autre part, le suintement sanglant obtenu par pression de la tranche de section de la pièce opératoire.

Au moment de la grossesse, des réactions déciduales peuvent se produire d'une façon très franche. Enfin, la ménopause naturelle fait subir une régression très nette aux lésions endométriales, justifiant ainsi les essais de castration thérapeutique, aussi bien par les procédés chirurgicaux que par les agents physiques. On aurait même vu (Doderlein), la possibilité de greffes et de développement de l'œuf fécondé dans une cavité adénomyomateuse. Il ne s'agissait pas, il est vrai, d'une localisation vésicale. Michon et Comte affirment même



Coupe d'un noyau endométriotique.
Les divers éléments y sont bien visibles.
(FROMMOLT - cas II)



Passages entre l'épithélium vésical normal
et l'épithélium de type cylindrique au niveau d'un golfe
glanduliforme.

(FROMMOLT - cas II)

que l'on aurait constaté au niveau des cavités adénomyomateuses les mêmes infections et les mêmes dégénérescences qu'au niveau de la muqueuse utérine : lésions d'endométrite chronique et dégénérescence néoplasique ; au niveau de la région vésicale, nous n'avons cependant retrouvé aucune trace de telles éventualités.

L'examen histologique demeure, là plus que partout ailleurs, d'une importance primordiale pour la certitude d'un diagnostic qui comporte des sanctions thérapeutiques et un pronostic infiniment moins grave que ne le laisserait supposer l'aspect macroscopique des lésions constatées à l'intervention.

Nous sera-t-il permis de suggérer le grand intérêt que présente l'examen extemporané d'un fragment de la masse tumorale, quand le diagnostic reste encore douteux après l'incision du péritoine.

EVOLUTION

Ce chapitre sera particulièrement difficile à exposer car, à quelques exceptions près, aucune observation ne donne de renseignements sur l'état des malades, opérées ou non, plusieurs mois après leur séjour à l'hôpital. La plupart des auteurs se contentent de le décrire à la sortie des patientes. Quoi qu'il en soit, aucun cas de mort n'est signalé dans les quarante observations recueillies, soit du fait d'un endométrrome non traité, soit du fait de l'intervention, parfois cependant complexe et mutilante. Mais, nous le répétons, il ne s'agit là que d'une constatation portant sur les suites très prochaines de l'affection. Seul Weijtlandt fait état d'un traitement par agent physique prolongé durant près de deux ans, mais constate que « le résultat était médiocre bien que suffisant pour que la malade puisse sortir ». Il ne nous dit pas ce que, depuis, il est advenu d'elle. Köhler revit une de ses malades traitée aux rayons X, un an après la cessation du traitement en parfaite santé. Dans l'ensemble, l'évolution semble avoir été très favorable, malgré des résections partielles volontairement incomplètes, comme dans le cas d'Haselhorst.

Sur les seize cas rapportés par Ottow, on rencontre invariablement le mot de guérison à la suite de chacune des observations ; seule celle de Plaut signale le retour de la malade un an après l'intervention « année parfaite » précise l'auteur. Lorsqu'on recherche quelques détails à propos de ces guérisons, on s'aperçoit que les cliniciens constatent uniquement la diminution ou la

disparition des troubles. Köhler seul fit un nouvel examen cystoscopique un an après la cessation de tout traitement et vit que la lésion n'avait pas varié de volume.

Dans les observations postérieures au travail d'Ottow, il en est peu où la malade fut revue plusieurs mois après l'intervention ; dans le cas d'Eberhard, la malade partait au bout de trois semaines, « les troubles génitaux et urinaires ayant complètement disparu » ; von Sauer indique aussi le départ de sa cliente au bout de trois semaines ; pour Settergren « l'intervention délivra la malade de tous ses troubles vésicaux ».

Une observation d'Haselhorst où « la convalescence se fit normalement », présente cependant un intérêt particulier : en effet, dix ans auparavant, la malade avait été dilatée et curetée pour stérilité ; les débris ramenés par la curette examinés au microscope avaient montré un endométriose typique ; un an après, nouvelle dilatation, nouveau curettage ; trois mois avant son entrée dans le service d'Haselhorst, elle avait été opérée d'appendicite aiguë et, au cours de cette intervention, on avait constaté l'existence d'une tumeur grosse et dure, partant de l'appareil génital, qui fut considérée comme un « carcinome » ovarien inopérable. Haselhorst extirpa cette tumeur qui contenait de nombreux kystes hématiques.

Kamnicker cite le cas d'une malade chez laquelle le traitement aux Rayons X diminua les hématuries sans toutefois les faire disparaître complètement au moment des règles. Détail intéressant : deux ans auparavant la

malade avait été hospitalisée pour une forte hématurie que la cystoscopie semblait expliquer par la présence d'une tumeur polypeuse ulcérée ; dans le service d'urologie, le diagnostic fut réformé et elle subit « une intervention conservatrice » dont l'auteur ne précise pas la nature, mais qui améliora considérablement la malade, faisant disparaître presque complètement les hématuries. Deux ans plus tard, cependant, elle revenait dans le même service d'urologie pour les mêmes symptômes ; on trouva au toucher vaginal « un nodule de la grosseur d'une noix, filant en avant vers la vessie ». La cystoscopie permit d'affirmer le diagnostic d'endométriome vésical ouvert dans la vessie. On peut donc supposer, bien que l'absence de compte rendu de la première opération ne permette pas de l'affirmer, que l'endométriome était déjà en cause lors de la première opération et qu'elle récidiva en moins de deux ans.

Beaucoup plus intéressante en ce qui concerne l'évolution est l'observation de Weijtlandt. L'auteur a suivi sa malade depuis avril 1931, jusqu'en avril 1933, il s'agissait d'un traitement aux Rayons X ; voici ce qu'en dit Weijtlandt : « Essai de castration par les Rayons X ; quatre séances furent faites en avril et en mai 1931 : le résultat ne se fit sentir qu'en octobre seulement : après une courte période hématurique (7 jours), la malade resta 43 jours sans hématurie et sans douleurs ; une rechute de dix jours en décembre 1931 nécessita une nouvelle séance ; puis apparence de guérison suivie de cystoscopies successives qui montrèrent la régression des lésions de la muqueuse vésicale. Le 2 février 1932, la vessie était normale.

Hélas, après trois mois et demi (109 jours), nouvelle rechute sur laquelle un nouvel essai de traitement aux Rayons X s'avéra sans effet. A l'occasion d'une appendicite ultérieure, on enleva en même temps ce qui semblait être le reste de l'ovaire gauche (ovaire enlevé en 1930 avec l'utérus). Une année plus tard, retour de la malade, très anémiée ; son état nécessite une transfusion et fait hésiter à pratiquer une section de la tumeur vésicale nécessitant une transplantation des uretères. On se borne à faire de l'électrocoagulation endovésicale et des Rayons X sur l'ovaire et la vessie : résultat médiocre mais suffisant pour que la malade puisse quitter l'hôpital ».

Dans l'observation de Erle Henriksen « suites opératoires normales et à sa sortie au 15^e jour, la malade évacuait 350 cm³ d'urine, sans hésitation ni malaise ; un mois après, elle fit savoir qu'elle avait eu une période menstruelle sans douleurs abdominales ni urinaires ».

Dans un cas de Köhler, la malade est revue un an après sa sortie, elle ne souffre plus ; une cystoscopie pratiquée alors montra que la lésion était telle qu'on l'avait constatée au moment de son départ.

Dans l'observation de Chauvin, la malade quittait le service un mois après l'intervention « entièrement cicatrisée ». Une cystoscopie pratiquée avant son départ avait montré la cicatrice blanchâtre de la cystectomie partielle au niveau de la corne gauche, sans lésion apparente de la muqueuse.

Dans l'observation de MM. R. Grégoire et R. Couvelaire, l'évolution est mieux notée. En effet, opérée le 7 septembre 1938, la malade quitte le service le 24 du

même mois et ne souffre plus, les mictions sont devenues normales. La malade est revue le 25 novembre 1938 ; la cystalgie a complètement disparu, l'état général est excellent ; au speculum, on voit la cicatrice de la brèche vaginale..., au cystoscope il est très difficile de retrouver la zone cicatricielle tant la muqueuse est régulière et d'apparence normale. Revue le 15 avril 1939, la malade va bien.

En réalité, nous ne possédons que bien peu de renseignements sur l'évolution de l'endométriome vésical.

Si, pour d'autres localisations (endométriomes de la cloison recto-vaginale), des complications ont été signalées : sténose de la lumière rectale, ulcération de la muqueuse, et si la possibilité de dégénérescence maligne a même été soulevée, nous n'avons trouvé rien d'analogue dans les 40 observations d'endométriomes vésicaux, mis à part celles où l'on trouve signalée une compression des orifices urétéraux par le développement de l'endométriome avec, comme conséquence, la dilatation en amont, de l'uretère. Il ne s'agit pas ici à proprement parler de vraies complications, mais d'une localisation fréquente à ce niveau de la lésion endométriale. Tout au plus pourrait-on considérer comme une complication les hématuries abondantes, bien différentes de l'hématurie symptomatique assez souvent rencontrée. Un bel exemple de cette hématurie-complication nous est fourni par l'observation de Weijtlandt dont la malade dut subir une transfusion avant tout traitement.

De tout ce qui précède, il semble ressortir que l'endométriome a été traité, souvent en raison des troubles vésicaux qui peuvent acquérir une réelle importance, plus souvent encore à cause des douleurs si intolérables parfois que les malades en demandent le soulagement à n'importe quel prix, mais il ne l'a été que rarement dans la crainte d'une aggravation subite ou d'une complication pouvant mettre en danger la vie de la malade.

Resterait à envisager la transformation maligne de l'endométriome que l'on a prétendu être toujours possible. Cependant, aucune des 40 observations d'endométriomes vésicaux ne mentionne une évolution franchement cancéreuse avec prolifération indéfinie et essaimage de métastases.

Nous croyons cependant intéressant de signaler l'observation de A.-P. Thomson (in Proc. Soc. Roy. of Med. 1926), qui a pour titre : Endométriome malin avec métastases pulmonaires. En voici l'exposé : « Jeune femme morte de troubles pulmonaires très accusés associés à une pleurésie chyleuse et à un épanchement péritonéal pour lequel aucun diagnostic ne fut porté pendant la vie. Post mortem : une tumeur de l'espace recto-vaginal fut trouvée en même temps que quelques ganglions le long de l'aorte, qui semblèrent expliquer les épanchements chyleux par compression du canal thoracique. Les poumons montraient de curieuses lésions emphysémateuses et étaient extrêmement friables. Les autres organes étaient normaux.

L'examen histologique des ganglions aortiques, des poumons et de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un adénomyome dont les éléments avaient subi une trans-

formation maligne ayant donné des métastases ganglionnaires et pulmonaires. Dans les poumons, les métastases prenaient la forme d'une infiltration diffuse des parois alvéolaires par de nombreuses fibres musculaires ayant formé barrière à l'oxygénation du sang, sans en arrêter le cours ».

Il s'agissait d'un endométriome de la cloison recto-vaginale.

Aucun fait analogue n'est retrouvé dans les cas d'endométriomes vésicaux. On peut donc conclure, aussi bien pour les récidives que pour les métastases, que la malignité de l'endométriome vésical est toute relative.

PATHOGENIE

C'est évidemment le chapitre le plus intéressant. Mais il semble impossible encore à l'heure actuelle de trouver, si toutefois elle existe, une explication logique et valable pour toutes les localisations. Nous verrons que l'endométriome vésical s'oppose souvent à une systématisation satisfaisante pour bien d'autres localisations. Nous nous bornerons à l'exposé impartial des diverses théories émises sur la pathogénie de l'endométriome en général qui doit être absolument liée à celle de l'endométriome vésical. Cette pathogénie a donné lieu à un nombre considérable de travaux.

En Amérique, en Angleterre, en Allemagne, un grand nombre de théories ont été émises pour lesquelles on s'est passionnément battu. Cela tient à ce que l'on s'est efforcé de trouver, pour chaque localisation, une origine particulière, alors que la solution semble devoir être dans la recherche d'une origine commune pour toutes les localisations. « La théorie explicative doit être extensive et doit pouvoir englober tous les adénomyomes » (Michon-Comte).

Les localisations de l'endométriome sont, en effet, très diverses ; centrées sur la sphère génitale où on les rencontre le plus fréquemment, elles ne sont pas rares sur l'intestin : colon sigmoïde, appendice, etc... On trouve également l'endométriome à l'ombilic, dans les cicatrices de laparotomie, sans oublier la localisation vésicale. Toutes ces tumeurs sont identiques, histologiquement et fonctionnellement. Aussi, comme le font justement remarquer Michon et Comte, « en exigeant

de chaque théorie qu'elle vaille pour toutes ces différentes régions, on élimine facilement les théories insuffisantes et qui ne présentent plus guère qu'un intérêt historique ».

On a voulu voir dans des vestiges embryonnaires (Mulleriens, Wolffiens, Gartneriens), la cause de l'endométriome. Parmi ces vestiges, les débris Wolffiens connurent la plus grande vogue, en partie d'ailleurs grâce au renom dont jouissait le propagateur : von Recklinghausen.

Dans l'ouvrage qu'en 1906 il consacrait aux adénomyomes de l'utérus et des trompes, il considérait les endométriomes comme étant centraux ou périphériques ; les centraux, rares, dérivait de la muqueuse utérine ; les périphériques, plus fréquents, provenaient du système Wolffien. Pour Recklinghausen leur aspect et leurs localisations en étaient la preuve. Il y décrivait comme dans le mésonéphros, des pseudo-glomérules, des tubes sécréteurs et excréteurs ; mais il semble bien qu'il fit là une erreur d'interprétation : ces pseudo-glomérules, ces tubes sécréteurs et excréteurs étaient réalisés par le développement du tissu cytogène dans les lumières kystiques et par des tubes endométriotiques particulièrement développés, à cellules très hautes. Recklinghausen appuyait sa théorie sur le fait que les localisations à la corne utérine sont des plus fréquentes et que c'est précisément en ce point que se croisent les canaux de Wolf et de Muller. Cette théorie fut longtemps seule admise, même par ceux qui, comme Meyer, devaient plus tard la combattre.

Rosmann, le premier, dans un travail critique très important, pensa que ces tumeurs identiques au tissu utérin ne pouvaient être que d'origine Mullérienne. Mais, qu'il s'agisse des restes des conduits de Muller, de Wolf ou de Gartner, on voit mal quels peuvent être les rapports de ces restes avec des localisations ombilicales intestinales ou des cicatrices de laparotomies.

A cette théorie succéda celle de Cullen « sur l'origine muqueuse acquise ou théorie diverticulaire ». Cet auteur soutenait déjà avant Recklinghausen l'origine utérine des endométriomes. Il remarquait que, dans la plupart des cas, il y avait continuité entre les glandes de la muqueuse utérine et celles de l'endométriome et soutenait que cette continuité n'était pas même nécessaire pour affirmer l'origine muqueuse de l'endométriome.

A la même époque, divers auteurs : von Franque, Martin, Chiarri, Schauta, mirent en évidence l'influence de l'inflammation chronique, banale ou tuberculeuse, dans la genèse de l'endométriose. Lequeux et Marien montrèrent aussi le rôle de l'inflammation chronique de l'endomètre dans les états adénomyomateux des parois utérines. De nombreux travaux suivirent (Lookstead, Baldy, Longscope, Gottschalk, Opitz), qui aboutirent à la conception que certains admettent encore, à l'heure actuelle, du « pouvoir infiltrant de l'épithélium du fait de l'inflammation ». Les tissus enflammés sont, en effet, perméables à un envahissement épithélial bénin ; ce fait est constaté d'ailleurs dans tous les processus de guérison qui passent par trois stades : lésion, régé-

nération et enfin hétérotypie épithéliale. Suivant le tissu se formeraient alors des adénomes, des fibromes ou des adénomyomes.

L'endométriase serait donc un envahissement épithélial bénin, processus de régénération qui dépasserait son but.

Mais à cette théorie il est facile d'objecter qu'elle ne s'applique qu'aux localisations des adénomyomes à l'utérus et aux cornes.

Aussi Iwanoff et après lui R. Meyer soutinrent et propagèrent la « Théorie de la métaplasie des cellules endothéliales du péritoine ». Cette métaplasie, sous l'influence de l'inflammation, pouvant aller jusqu'au type cubique. Le péritoine proliférerait, envoyant dans les tissus sous-jacents des travées à structure adénomateuse et limitées par un épithélium cylindrique. De plus, le tissu conjonctif entourant ces formations adénomateuses change également de caractère, du fait de l'inflammation, et devient également du tissu cytogène, qui réagit à l'influence de la grossesse par une réaction déciduale.

Cette théorie a le grand avantage de s'adapter à toutes les localisations de l'endométriase. Les débris péritonéaux présents dans le ligament rond (canal vagino-péritonéal), l'ombilic, les cicatrices de laparotomie, permettent d'expliquer ces localisations rares.

Robinson a montré que la source de tous les endométrïomes, quelles que soient leurs localisations, est dans l'épithélium coelomique, qui est à l'origine du canal Mullerien et du revêtement péritonéal. On peut alors comprendre que sur cet épithélium coelomique

transformé par l'inflammation, puisse s'exercer l'influence des glandes génitales actives pour le transformer en adénomyome. L'influence des glandes génitales se trouve renforcée par ce fait que l'adénomyome est particulier à la femme et prédomine dans sa période d'activité génitale. En somme, l'épithélium cœlomique possède en puissance la possibilité de faire de l'adénomyome : l'inflammation en est le facteur déterminant, mais seules les glandes génitales peuvent en entretenir le développement.

Cette théorie semblait bien assise lorsque, coup sur coup, parurent en Angleterre les travaux d'Archibald Donald, en Amérique ceux de Sampson, en Allemagne ceux de Lauche.

Archibald Donald avait remarqué depuis quelque temps la présence, dans les interventions pour endométriose, de petits kystes de l'ovaire généralement bilatéraux, adhérents, s'infiltrant sous la face postérieure du ligament large et qui contenaient un liquide brun-chocolat, très analogue au sang des hématométries « Infiltrating ovarian cyst wisth tarry, contents ».

En 1922, Sampson recherchant systématiquement ces lésions sur l'ovaire et sur le péritoine pelvien, trouva 64 fois sur 296 opérées, des lésions endométriales caractéristiques ; aussi, pour lui, aurait-on affaire, dans ces cas, à de véritables greffes de muqueuse utérine, dues au refoulement de sang menstruel par la trompe ouverte, sang contenant des cellules de l'endomètre. L'ovaire serait le plus souvent atteint ; il servirait même d'intermédiaire ; l'adénomyome y cultiverait facilement et serait ensuite réinoculé à distance.

par suite des poussées menstruelles. Cette hypothèse de possibilité de greffe de muqueuse utérine sur l'ovaire a d'ailleurs été confirmée par les recherches de Jacobson sur les lapines ; il a trouvé que la muqueuse utérine pouvait être transplantée et donner des tumeurs tout à fait semblables comme constitution aux implantations endométriales.

Robinson a fortement critiqué cette théorie qui ne saurait expliquer que certaines variétés d'endométriomes : ceux du Douglas et les endométriomes ovariens.

En 1925, Halban, de Vienne, échafaude une autre théorie suivant laquelle des cellules de la muqueuse utérine se détacheraient de leur terrain d'origine et seraient transportées par les vaisseaux lymphatiques dans les divers organes où ils se développeraient. Il compare cette migration à celles que peuvent subir les cellules choriales. Il fait valoir que ces formations adénomateuses ne se rencontrent que chez la femme et dans le voisinage de l'utérus. Il s'attache à montrer que les diverses localisations de « l'adéno-fibromatose » s'expliquent aisément si l'on admet le transport par voie lymphatique : ovaire, méso-sigmoïde, mésentère, appendice, ombilic, cicatrices de laparotomie ; dans ces deux dernières localisations, le trajet se ferait par les ganglions inguinaux ou par des lymphatiques directs allant de l'ombilic à la vessie. Les localisations dans les ganglions lymphatiques inguinaux s'expliqueraient aisément, ainsi que celles du ligament rond et des grandes lèvres.

Halban insiste sur la relation et l'association qui existent entre les formations hétérotopiques et l'adé-

nose de l'utérus lui-même. Il admet, d'ailleurs, comme Sampson que la rupture des kystes puisse donner des greffes, il faut expliquer ainsi la présence de stroma (tissu cytogène et fibres musculaires lisses). D'après Halban, il n'est pas nécessaire pour cela de recourir aux hypothèses de Lauche (formation de stroma par suite de l'irritation venue de l'épithélium proliférant) ou d'Opitz (puissance plastique du tissu conjonctif embryonnaire). Ces éléments peuvent quitter la muqueuse utérine et émigrer en même temps que l'épithélium.

Il donne à la fin de son travail qu'il intitule d'ailleurs « hysteroadénose métastatique; origine lymphogène de l'adéno-fibromatose hétérotopique », cinq observations personnelles.

Mais malgré l'ardeur avec laquelle il soutient son hypothèse, on ne peut se défendre de l'impression qu'elle s'applique difficilement à certains faits. De plus, pourquoi ces matastases par voie lymphatique se feraient-elles exclusivement dans la sphère génitale ?

Enfin, tout récemment, de Josselin et de Snoo défendirent la thèse suivant laquelle le coelome donnant non seulement la séreuse, mais encore une grande partie de l'appareil génito-urinaire, la formation de l'endométriome est en quelque sorte spécifique de l'utérus qui se développe aux dépens d'une partie du coelome : les conduits de Muller. Néanmoins, on peut admettre que dans certains cas les dérivés des parties voisines du coelome peuvent être douées du même pouvoir : celui de former du tissu endométriode.

Cette théorie trouve une confirmation dans le fait que, pendant la grossesse, la formation de caduque dans la cavité abdominale n'est pas très rare.

En faveur de cette théorie viennent également plaider les localisations vésicales de l'endométriome. Celui-ci se développe, en effet, sur le trigone, sur les orifices urétéraux, à la partie dorsale du col, spécialement dérivés des conduits de Wolff (mésoderme), tandis que le reste de la vessie, indemne de lésions, est d'origine endodermique. Cette théorie de Josselin s'inspire grandement de celle précédemment émise par Robinson.

Haselhorst, comme les autres auteurs, s'efforce, à la fin de son observation, de trouver l'origine de l'endométriome. Pour lui, il faut la chercher dans l'épithélium glandulaire du col utérin. Comme précisément dans son cas, le canal cervical a été plusieurs fois dilaté et déchiré, Haselhorst pense que de telles plaies en retardant la guérison ont déclenché les proliférations épithéliales. On pourrait aussi penser à l'implantation de l'épithélium dans des déchirures plus profondes, possibilité signalée par R. Meyer, il y a plus de trente ans, lorsqu'il disait : « Je mentionne la possibilité de l'implantation de muqueuse dans les parois latérales par déchirure du col... ». Il pense que la cause du développement pathologiquement exagéré de l'épithélium ainsi que des tissus conjonctif et musculaire serait à rechercher dans des troubles de la fonction hormonale, dont la stérilité n'est qu'un épiphénomène. Il conclut que, dans son cas, l'endométriome vésical est le résultat d'une pullulation de l'épithélium glandulaire cervical qui prend un caractère endométrial. Köhler, Mikulicz-Radecki, Stoekel sont sensiblement du même avis qu'Haselhorst.

Ottow, dans sa publication de 1929, explique que, sous la pénétration de l'endométriose, il se produit dans l'épiderme et dans l'épithélium vaginal une prolifération spéciale ; de même au niveau de l'épithélium vésical peut se produire une prolifération analogue.

On sait, d'ailleurs, depuis longtemps, rappelle Ottow, que sous l'influence d'une inflammation chronique atteignant la muqueuse, il peut se produire des formations protoplasmiques et kystiques ; comme exemple frappant, on peut citer les transformations de la muqueuse dans les extrophies vésicales. Le fait que l'on rencontre des formations glandulaires, genre recto-épithélial ou cylindro-épithélial ou nid de Brunn, complique encore la question, bien qu'au niveau du triangle, le mésoderme et l'endoderme se confondent en un seul tissu, ce qui expliquerait ce mélange histologique.

Que conclure de toutes ces théories ?

Aucune d'elles n'est satisfaisante pour la totalité des cas. Or, nous pensons que la clé doit être recherchée dans une conception englobant toutes les localisations endométriotiques.

Il nous a semblé plus intéressant d'envisager le problème de la façon suivante : l'endométriose, quelle que soit sa localisation, est-elle primitive ou secondaire ?

Différents auteurs concluent dans un sens ou dans l'autre. Weijtlandt lui-même précise dans son exposé : « Ni à l'occasion de l'opération, ni à l'examen de l'utérus enlevé, on n'a pu constater de connexion entre l'endométrisme utérin et l'endométrisme vésical. Dans l'u-

térus, l'affection n'atteignait pas les couches externes du muscle ; nous avons donc affaire à un endométrio-me à double localisation :

un endométriome uteri-interna,
un endométriome vesicalis interna. »

Et l'auteur de conclure que l'endométriose « vesicalis interna » ou primitive est une affection très rare, car la plupart du temps, cette affection atteint la vessie par infiltration d'une endométriose utérine ; dans trois cas seulement, l'endométriose s'était développée dans la paroi vésicale elle-même.

Certains observateurs, après examen de la pièce opératoire ne montrant aucune connexion entre la lésion vésicale et le reste du tractus génital, affirment que la lésion endométriale de la vessie est primitive. Cependant, Haselhorst prétend qu'il n'existe pas de cas où la vessie soit le seul organe atteint. Se basant sur l'existence d'adhérences entre la vessie et les annexes, il attribue à l'endométriose une origine ovarienne ou tubaire.

Plusieurs observations viendraient à l'appui de cet envahissement par continuité ; dans l'une, Frommolt trouva la vessie adhérant intimement à la trompe droite et sentit au palper de petites tumeurs dans la paroi vésicale à ce niveau ; une coupe de la paroi utérine pratiquée près de la trompe atteinte montra l'existence des mêmes foyers endométriaux dans la vessie et dans l'utérus ; d'où la conclusion de Frommolt : « que les lésions endométriotiques prendraient leur origine au niveau de la muqueuse utérine et qu'elle envahissaient la vessie par continuité ».

Chez trois de ses malades qui avaient subi une hystérectomie fundique, Köhler pratiqua des coupes en séries sur les parois utérine et vésicale ; il put constater que la muqueuse utérine se développait à travers la cicatrice utérine jusqu'à la vessie ; là encore, l'envahissement se faisait par continuité.

Mikulicz affirme, lui, « l'endométriase de la vessie et de la cloison recto-vaginale a son point de départ sur la face antérieure du col et peut-être sur la partie antéro-inférieure du corps ».

Enfin, Haselhorst étaye sa théorie en faisant remarquer que, dans le cas qu'il rapporte, la tumeur vésicale provenait d'une tumeur histologiquement semblable développée sur la face antérieure du col utérin et qu'elle avait gagné la vessie à travers la cloison vésico-vaginale ; des coupes en série lui avaient montré la continuité de la tumeur cervicale et de la tumeur vésicale.

Quoi qu'il en soit, l'endométriome vésical semble bien être toujours une tumeur secondaire dont le point de départ se trouverait au niveau du col utérin ou de la partie inférieure du corps, de la paroi antérieure de l'utérus, des ovaires ou des trompes, qu'il y ait eu ou non intervention antérieure au niveau de l'un de ces organes. Il n'est pas impossible qu'un stade péritonéal ait précédé la greffe vésicale, la lésion péritonéale pouvant être due soit à une greffe de la muqueuse utérine dans le péritoine de l'excavation vésico-utérine (Sampson), on a, d'ailleurs, trouvé des lésions péritonéales dans certains cas, soit à une transformation de la séreuse ; c'est ce que soutient R. Meyer dans sa théorie

sur l'origine séro-épithéliale de l'endométriose. L'absence de lésion endométriales sur la paroi antérieure de la vessie est un argument majeur en faveur de cette théorie. Cependant, si cette explication vaut pour les localisations au sommet de la vessie, (endometriome vesicalis-peritonealis), elle ne justifie pas les localisations au trigone. Aussi Meyer fournit une autre thèse suivant laquelle : « des glandes existeraient normalement à ce niveau et l'endométriole aurait alors une origine locale, vésicale, naissant aux dépens de la muqueuse vésicale mésodermique (endométriole vesicalis-interna). Lorsque les endométrioles du trigone gagnent le sommet de la vessie, on obtient alors des noyaux formés de l'union de deux formations différentes (endometriomes vesicalis et peritonealis propria).

Donc, à l'heure actuelle, trois origines sont attribuées aux endométrioles : embryonnaire, séro-épithéliale, greffes de muqueuse utérine. En effet, la théorie dysembryoplasique est aujourd'hui abandonnée.

De plus, il est certain que les ovaires, par leur influence hormonale, interviennent sur l'évolution de l'endométriose, en dehors même du rôle de relai qu'ils peuvent jouer par leurs kystes-chocolat. Cette action des hormones est mise en évidence par l'exacerbation que subit l'affection au moment des règles, par la rétrocession ou l'arrêt de croissance de la tumeur après la castration, chirurgicale ou obtenue par Röntgenthérapie.

Nous en verrons l'importance au point de vue des indications thérapeutiques.

L'existence des lésions ovariennes, tubaires ou utérines a presque toujours été notée et l'endométriase s'observe de préférence chez des femmes aux fonctions ovariennes perturbées ; la stérilité, les avortements, considérés comme prédisposant à l'endométriase, devraient plutôt être mis sur le compte de lésions concomitantes de l'appareil génital.

Donc l'endométriase vésicale doit toujours être considérée comme secondaire ; seule son origine permet encore la discussion.

TRAITEMENT

Deux méthodes thérapeutiques se partagent le traitement de l'endométriome vésical :

l'intervention chirurgicale,

l'action des Rayons X sur les ovaires et sur la vessie.

Traitement chirurgical. — Il a été employé 28 fois sur les 34 observations qui ont publié un compte rendu thérapeutique. Ces 28 interventions se répartissent ainsi :

22 laparotomies,

6 tailles hypogastriques.

En effet, le nodule endométrial étant sous-muqueux et infiltrant la paroi vésicale, il ne peut être question de l'enlever par voie endo-vésicale.

La biopsie exploratrice n'est pas à conseiller comme moyen thérapeutique.

La laparotomie est le procédé le plus souvent employé parce qu'il donne un jour bien meilleur sur la lésion vésicale et surtout sur les lésions si fréquemment concomitantes de l'appareil génital. C'est aussi la voie la meilleure lorsque le diagnostic est hésitant, aussi bien celui de la lésion vésicale que celui des lésions associées du tractus génital.

Même si le diagnostic vésical est posé avec certitude et que l'on est sûr de l'intégrité de l'appareil génital, la laparotomie reste indiquée, le traitement chirurgical n'étant soumis qu'à une seule règle : l'étendue de la lé-

sion ; aussi la cystectomie partielle se fera-t-elle « à la demande des lésions ». Il n'est pas possible, en effet, de poser ici les indications précises comme dans certaines tumeurs bénignes de la vessie, fibromes, myomes etc..., car la tumeur endométriale n'est ni encapsulée, ni énucléable. D'ailleurs la cystectomie partielle constitue rarement un acte chirurgical isolé et les chirurgiens ne la pratiquent guère que comme complément d'une hystérectomie, d'une ovariectomie, d'une salpingectomie qui constituent le temps majeur de l'opération. Presque toujours celle-ci est rendue nécessaire par les lésions annexielles ou utérines dont nous avons vu la coexistence fréquente avec l'endométriose.

Dans la plupart des opérations sanglantes, une trompe, un ovaire ou une partie de l'utérus fusionnaient avec la tumeur vésicale. Aussi l'ablation se fit en bloc, de façon plus ou moins atypique et presque toujours incomplètement. Pour ne mentionner que les plus caractéristiques, résumons le protocole opératoire des observations de Starr-Judd, de Mestitz, d'Haselhorst, de Grégoire et Couvelaire.

Dans le cas de Starr-Judd : laparotomie ; ablation de l'uretère droit ; moignon ligaturé ; ablation de la moitié de la paroi vésicale, (d'une partie du trigone jusqu'à l'urèthre), conservation du sphincter, ablation de l'ovaire droit et d'une partie de la musculature de la paroi abdominale ; brèche accidentelle du colon sigmoïde adhérent à la tumeur. Donc : exérèse faite à la demande des lésions et intéressant à la fois : l'uretère droit, la vessie, l'ovaire droit, les muscles de la paroi abdominale et le colon sigmoïde.

Dans l'observation de Mestitz: extirpation d'un utérus myomateux et de ses annexes ; résection de la tumeur vésicale, réimplantation de l'uretère dans la vessie.

Dans le cas d'Haselhorst : laparotomie ; hystérectomie subtotale ; nombreux noyaux endométriotiques entre le col utérin et la vessie ; pour ne pas exposer les urètres on résèque la tumeur en négligeant les lésions de la muqueuse vésicale ; ablation des deux ovaires et des deux trompes.

Dans le cas de MM. Grégoire et Couvelaire: « Laparotomie médiane sous-ombilicale ; on s'efforce vainement d'isoler la tumeur du col restant et de la vessie ; aussi décide-t-on une exérèse en bloc au large des limites tumorales, du col restant, de la cloison vésico-vaginale et de la paroi vésicale ».

On retrouve toujours, dans toutes ces observations, une exérèse plus ou moins large de la tumeur ayant infiltré plusieurs organes du petit bassin. Le plus souvent cette exérèse fut volontairement incomplète, comme dans le cas d'Haselhorst. Mais dans toutes les interventions chirurgicales, sauf dans les deux observations de Müller, dans celles de Meyer-Seegert, d'Oehlecker, de von Sauer, de Settergren, de Henriksen, de Chauvin, la cystectomie fut toujours un temps accessoire complété dans la plupart des cas par une hystérectomie subtotale, dans quelques cas par une ovariectomie (Starr-Judd, Heany) ou par une salpingectomie (Ottow, Plaut, Eberhard).

Traitement par action des Rayons X sur les ovaires.

— Le second procédé de traitement utilisé dans l'endométriase vésicale, comme, d'ailleurs, dans tous les cas d'endométriase, est la recherche de la castration par les Rayons X. Nous possédons la relation de cinq cas où fut employé ce mode de traitement dont un de Kamnicker où l'action du Radium fut associée à celle des Rayons X.

Cette thérapeutique est fondée sur l'étroite interdépendance de l'endométriome vésical et des sécrétions hormonales de l'ovaire.

L'action des hormones ovariennes sur le développement de l'endométriase fut jugée d'une telle importance par certains chirurgiens qu'en dehors même de toute affection gynécologique évidente ils pratiquèrent la castration chirurgicale, dans le but d'obtenir la régression de l'endométriase. C'est ainsi que, dans une localisation de la cloison recto-vaginale, Schekele pratiqua cette castration et vit disparaître la lésion endométriale. On alla plus loin encore : Robert Monod, se basant sur la constatation qu'un bon nombre d'endométriomes se rencontrent chez des femmes hystérectomisées avec conservation d'un ovaire, soutint que la conservation de cet ovaire isolé serait un facteur favorisant l'apparition de l'endométriase. Dans ce même ordre d'idées, Cullen parle de réactivation des fragments ovariens laissés après l'opération.

Quoiqu'il en soit, la castration aux Rayons X a été peu employée. Nous n'avons, en effet, retrouvé que 4 cas où elle fut mise en œuvre par Ottow, Köhler, Kamnicker et Weijtlandt.

Le premier, Ottow tenta la castration par les Rayons X, chez une femme de 42 ans. Voici en quels termes il en indique les résultats :

Les Rayons X ont été pratiqués en deux séances mensuelles pendant le mois de novembre 1928. Comme prévu, il y eut, au cours des règles du 24 novembre, les mêmes troubles aussi intenses, avec le même aspect à la cystoscopie. Le 22 décembre, encore, saignement minime d'un jour ; ce jour-là, les douleurs avaient complètement disparu. Plus tard, par action croissante des Rayons X, une aménorrhée persistante et une disparition totale des troubles vésicaux se produisit. Après l'obtention de cette castration une surveillance constante eut lieu chaque mois. A chaque séance furent pratiqués : une cystoscopie, un toucher vaginal, sans parler de l'interrogatoire de la malade. Subjectivement, guérison complète ; à la cystoscopie : au début, aucun changement entre les périodes correspondant aux règles ; plus tard, diminution sensible des lésions ; il ne persistait que des légères surélévations avec quelques taches bleuâtres ; seul le kyste sanguin persiste, non modifié. Un retour à la normale ne pouvait être attendu de la castration aux R. X ». Et l'auteur conclut à la guérison complète.

Dans un cas de Köhler, le même traitement fut employé ; en voici le détail ;

Vu l'âge de la malade, on commença le traitement 8 jours avant le retour des règles pour ne pas attendre l'exacerbation menstruelle : les douleurs revinrent comme à l'ordinaire ; la cystoscopie répondait à la deuxième image décrite plus haut ; les douleurs diminuèrent au

bout de 5 jours, pendant ce temps, la tuméfaction a diminué de moitié et la teinte bleutée est devenue à peine visible. Depuis lors, les troubles vésicaux ont disparu.

La malade fut suivie jusqu'à présent : la tuméfaction a conservé la moitié de son volume primitif et ne subit plus aucun changement (un an s'est écoulé depuis le traitement aux R. X.).

Ce traitement ne visait pas l'endométriome lui-même, mais cherchait plutôt à obtenir la diminution des douleurs cycliques.

Il semble intéressant de signaler qu'après les R. X. la malade accusa des douleurs dans la fosse iliaque gauche, du côté où avait été primitivement laissé un ovaire. On est obligé de penser qu'il s'agissait d'un reste de kyste goudron inclu dans la cicatrice ».

Dans les deux cas de Kamnicker, la malade fut traitée aux R. X., surtout : « pour soulager la douleur, quitte, en cas d'insuccès, à pratiquer l'intervention sanglante ».

Dans le second cas de Kamnicker le radium fut combiné aux R. X. et l'auteur pense que « c'est surtout au Radium que l'on dut la guérison clinique ».

Dans l'observation de Weijtlandt, « quatre séances furent faites en avril et en mai 1931. Le résultat ne se fit sentir qu'en octobre. Après une courte période hématurique (7 jours), la malade resta 43 jours sans hématuries et sans douleurs. Une rechute de dix jours eut lieu en décembre 1931 qui nécessita une nouvelle séance. Après celle-ci, apparence de guérison, suivie de cystoscopies successives qui montrèrent la régres-

sion des altérations de la muqueuse vésicale ; le 2 février 1932, la vessie était normale. Cependant, après trois mois et demi (109 jours), une nouvelle rechute se produisit sur laquelle un nouvel essai de traitement par les Rayons X s'avéra sans effet. A l'occasion d'une appendicite ultérieure, on enleva ce qui semblait être le reste de l'ovaire gauche (ovaire enlevé en 1930 avec l'utérus). Une année plus tard, la malade revient très anémiée, au point que son état nécessite une transfusion et fait hésiter à pratiquer une résection de la tumeur vésicale qui nécessiterait la transplantation des uretères.

On fait donc de l'électro-coagulation endovésicale et des Rayons X sur l'ovaire et la vessie. Le résultat est médiocre, mais permet cependant à la malade de quitter l'hôpital. »

Resterait à envisager la possibilité de traitement par le radium et ses dérivés ; ces agents physiques pourraient agir directement sur la tumeur ou indirectement sur les ovaires.

A la vérité, nous ne connaissons qu'une seule observation d'endométriome vésical où une semblable thérapeutique ait été entreprise ; il s'agit d'une observation de Kamnicker où le radium fut d'ailleurs associé aux Rayons X. L'auteur estime cependant que la guérison « est due en grande partie au Radium ». Et pourtant, si l'on s'en rapporte aux travaux de Michon-Comte sur les endométriomes de l'espace recto-vaginal, ils rappellent, citant Lockyer et Griffith, que pour eux, les résultats de la curiethérapie sont généralement

mauvais. C'est aussi l'opinion de Herly qui rapporte un cas dans lequel l'adémyome récidiva deux fois de suite, après deux applications de Radium.

Ainsi, jusqu'à présent, l'intervention sanglante par voie abdominale semble avoir été de loin la méthode la plus pratiquée. Disons d'ailleurs, qu'il est difficile d'apprécier les résultats de l'intervention, la plupart des observations ayant été publiées quelques semaines seulement après l'acte chirurgical. Constatons pourtant que, dans les vingt-huit observations où fut pratiquée une intervention sanglante, la guérison semble toujours avoir été obtenue.

Seuls Ottow (trois semaines et plus tardivement), von Sauer (seize jours), Haselhorst (cinq semaines), Köhler (un an), Weijtlandt (11 mois), Chauvin (1 mois), Grégoire et Couvelaire (7 mois), précisent l'époque jusqu'à laquelle fut constatée la guérison ; seul Weijtlandt donne les résultats constatés, échelonnés sur plus d'une année ; résultat médiocre comme il le dit lui-même.

Aussi peut-on se demander si l'on n'aurait pas eu à constater de rechutes ou de récidives, s'il avait été possible de suivre les malades opérés au-delà des quelques semaines généralement citées.

Donc, les résultats annoncés dans les quarante observations recueillies, résultats tous très favorables, n'ont qu'une valeur bien relative ; et, répétons-le, dans le seul cas de Weijtlandt où la malade fut suivie pendant près d'un an, la guérison était loin d'être complète et définitive.

Pour conclure, nous préciserons le traitement de l'endométriome vésical, tel que nous le proposons.

Dans un premier paragraphe, nous l'envisagerons à un point de vue théorique et qui pourrait, par conséquent être valable pour toutes les localisations de l'endométriome.

Dans un second, nous adapterons les méthodes aux possibilités pratiques offertes par la localisation vésicale.

Donc, jusqu'à présent, deux méthodes sont employées :

— Traitement chirurgical, soit laparotomie, soit taille hypogastrique ; ce traitement fut le plus pratiqué jusqu'à ces dernières années (28 fois sur 34 observations publiant leur thérapeutique).

— Traitement radiothérapique, d'emploi plus récent (5 cas sur 34) ; il tend aujourd'hui à supplanter la chirurgie.

Ces deux méthodes furent d'ailleurs diversement combinées, mais elles se sont toujours inspirées d'un fait semblant acquis à l'heure actuelle : *le rôle essentiel de la sécrétion hormonale de l'ovaire sur l'endomètre*.

Aussi doit-on en général, dans la conduite du traitement de l'endométriome vésical, envisager deux éventualités :

— *Il reste un ou deux ovaires* et le praticien peut agir sur l'endométriome vésical,

— soit indirectement par action sur l'ovaire : castration chirurgicale ou castration radiothérapique.

— soit directement par action sur la tumeur vésicale : ablation, radiothérapie.

— *Les deux ovaires ont été enlevés* : il ne reste alors que la possibilité d'agir sur la tumeur vésicale : ablation ou radiothérapie comme dans le premier cas.

Ce serait là, répétons-le, la thérapeutique la plus rationnelle, puisqu'elle tiendrait compte de la pathogénie ; mais en pratique, il en va très différemment.

— Si le diagnostic n'a pas été fait, on parle généralement d'une tumeur le plus souvent d'apparence maligne, soit vésico-vaginale, soit génitale, et il est bien évident que la laparotomie se trouve pleinement justifiée ; parfois on aura à envisager la possibilité d'une tumeur vésicale maligne et on s'abstiendra d'intervenir chirurgicalement.

— Par contre, si le diagnostic a été fait, et c'est la seule éventualité où diverses indications thérapeutiques puissent logiquement se discuter, un élément capital : *le siège de la tumeur vésicale*, intervient pour préciser les indications.

Ainsi, en supposant le diagnostic préalable porté, deux éventualités se présentent :

— *La lésion vésicale est inabordable ou inextirpable* soit à cause de son siège (trigone, proximité des uretères), soit à cause de son extension, mais ici, il ne s'agit que d'une contre-indication toute relative (Starr-Judd réséqua bien la moitié de la vessie, ce qui n'empêcha pas la guérison de sa malade).

Deux possibilités de traitement nous sont offertes dans ce cas :

1° Traitement direct de la tumeur vésicale par radiothérapie sur la vessie ;

2° Traitement indirect par castration radiothérapi-
que ou mieux, laparotomie pour castration et traitement
des lésions associées à la lésion vésicale inextirpable.

— *La lésion vésicale est abordable et extirpable.*
Dans ce cas encore, deux possibilités thérapeutiques
se présentent :

1° Si l'ovaire a déjà été enlevé, on interviendra chi-
rurgicalement sur la lésion vésicale ;

2° Si l'ovaire est en place et qu'il s'agisse d'une fem-
me dont la ménopause est proche, on agira par les
Rayons X sur les ovaires pour hâter l'arrêt de la sécré-
tion hormonale, et localement par irradiation de la
vessie.

S'il s'agit d'une femme jeune, le procédé de choix
sera la laparotomie pour castration et ablation de la
lésion vésicale.

CONCLUSIONS

Nous en retiendrons huit :

1° La rareté de la localisation vésicale de l'endométriose. En regard des centaines d'observations publiées sur les divers autres sièges de l'endométriose, nous n'avons pu réunir que quarante cas, base de notre travail.

2° Chapitre récent de la pathologie, il bénéficie des recherches très étendues entreprises sur les autres localisations de l'endométriose.

3° Son diagnostic devrait être aisé dans la plupart des cas ; il repose essentiellement sur :

a) l'anamnèse où sont fréquemment retrouvées : une affection antérieure de l'appareil génital, une stérilité ou une pauciparité, une intervention pelvienne antérieure. L'interrogatoire permet en outre de reconnaître la périodicité remarquable des troubles.

b) la cystoscopie, de valeur primordiale lorsqu'elle est pratiquée entre et pendant les périodes menstruelles.

c) l'examen histologique qui apporte une certitude, la biopsie ne permet que rarement d'obtenir cette certitude, aussi est-elle à déconseiller ; l'examen de la pièce opératoire ne laisse subsister aucun doute ; mais il faudrait que le diagnostic fut porté avant toute intervention.

4° L'accord n'a pu se faire sur la pathogénie : diverses théories s'efforcent d'expliquer la genèse de toutes les localisations, mais, trop étroites ou trop larges, leur nombre en fait la fragilité.

5° L'endométriome vésical apparaît comme une localisation toujours secondaire.

6° Les complications sont rares, la dégénérescence maligne inconnue.

7° Le traitement doit tenir compte de trois notions essentielles :

— Rôle primordial de la sécrétion hormonale de l'ovaire sur l'endomètre ;

— nécessité du diagnostic préalable, permettant seul la discussion des indications thérapeutiques ;

— possibilité d'extirpation de la lésion vésicale.

Le diagnostic étant porté, si

— *La lésion vésicale est inextirpable* ; deux possibilités :

— traitement direct de la lésion vésicale par les Rayons X,

— traitement indirect par castration radiothérapique, ou mieux, laparotomie pour castration et traitement des lésions possibles associées.

— *La lésion vésicale est extirpable* : deux cas :

— la femme est déjà castrée, on interviendra chirurgicalement sur la région vésicale.

— la femme n'est pas castrée : si la malade est jeune : laparotomie pour castration et ablation de la lésion vésicale.

— si la malade est proche de la ménopause : Rayons X sur les ovaires et sur la lésion vésicale.

8° L'endométriome vésical, enfin, semble plus ignoré que rare.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu le Président de thèse :

R. GRÉGOIRE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ABELL I. — Adenomyoma of uterus. Surg. clin. N. Am. Philadelphie, 1922 ; II, 1317-1319.

AHUMADA. — Adenomyosis, adenomyoma y adenocarcinoma del cuerpo del utero. Bol. y trab. de la Soc. de chirug. de Buenos-Aires, 1924, 8, 565-573.

ARTUSI. — Pathogénie des productions adénomyomateuses de l'appareil génital de la femme. Arch. für Gyn. Tome 123, fasc. I, 15-XII-1925, pages 114-132.

ASCHEIM. — Adenomyosis Uteri gravidi. Arch. für Gyn. 1923, 120 ; p. 303-305.

BRACKMANN. — Zit bei J. Muller. In Arch. Klin. Chir. 145, p. 416, 1927.

BRADY H.-A. — Adynomyome de la cloison vésico-vaginale, et ovaire surnuméraire. In Bull. of the John Hopkins Hosp. Tome XXVI, N° 4, Avril 1925.

— Tumeur de la vessie. U.S. Veterans Bur. M. Bull. 1931, 7, p. 1165-1169.

BURG. — Actis Univ. Sci. hung. Elisabeth 1929, H. 6.

CASLER. — « A unique diffuse, uterine tumor really an adenomyoma, with stroma, but no glands ; menstruation after complete hysterectomy due to uterine mucosa in remaining ovary. » Surg. Gyn. and Obst. 1920, 31 : p. 150-159.

CASTANO C.-A. — « Nuevo concepto y etiologia de las degeneraciones fibrosas del utero ». *Semana med.* Buenos-Aires, 1919, 26, pages 781-783.

CHAUVIN. — « Endométrisme de la vessie ». In *Bull. Soc. fr. d'urologie* séance du 21-XII-1936, pages 318-322.

CILENTO M. — « Studio clinico e sperimentale sull' endometriosi in genere ed in specie sul'endometriosi vesicale ». *Ann. Ital. di Chirurg.* Septembre 1932, II, p. 934.

CULLEN T.-S. — « The distribution of adenomyomata containing uterine mucosa. » *Am. J. Obst.* 1919 - 80, p. 130-138.

— « Three cases of subperitoneal, pediculated adenomyoma ». *Arch. Surg.* 1921, 2 : p. 443-454 avec 2 planches.

DECOUX et BEDIME. — Endométrisme du sigmoïde. Guérison après castration. *C.R. Soc. fr. Gyn.* Séance du 5 décembre 1937.

DERICHSWEILLER. — *Zblt. f. Gyn.* 100.

EBERHARD H.-F. — « Endometriose der Harnblase ». In *Zblt. f. Gyn.* 1932, 56, p. 1712-1715.

FERULANO G. — « Tumore della vesica ». *Gazz. med. Nap.* 1921. 4. p. 276.

FRANK L. — « Adenomyoma of the uterus ; case report ». *Kentucky Med. J. Bowling Green* - 1923, 21, p. 568-572.

FRANKL O. — « Zur Klinik und Pathologie der Adenomyosis ». In Zblt f. Gyn. 1922, 46, p. 241-246.

— « Zur Kenntnis der Adenomyosis uteri ». In Wien clin. Wchnschr. 1916, 29, p. 1091.

FROMMOLT G. — « Ein fall von Endometriose der Harnblase ». In Zblt. f. Gyn. 9-VII-1932, 56, p. 1707-1712.

FUTH H. — « Beiträge zum klinischen Bilde und zur Diagnose der Adenomyositis uteri et recti., » Arch. f. Gyn. 1917, 107 p. 373-80.

GOUGH W. et STEWART Cl. — « A case of adenomyoma uteri with adenomyomata in Fallopian tube and sigmoides ». In J. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 1914, 26 ; p. 88-91, avec 2 planches.

HALBAN J. — « Hyteroadenosis metastatica ; die lymphogene Genese der sogenannten Adenofibromatosis heterotopica. » Arch. f. Gyn. 1925, 124 p. 457-482.

HASELHORST G. — « Zur Genese der Blasenendometriose ». In Zblt. f. Gyn., 23-XII-1933, 57, p. 3021-3029.

HENRIKSEN, Erle. — « Primary endometriosis of the urinary bladder ». In Journ. Americ. Med. Assoc. vol. 104 N° 16, 20-IV-1935, pages 1401-1403.

HIRT W. — « Ueber Blasengeschwülste ». Beitr. klin. Chir. 1924, 132, p. 716-718. Zblt. f. Chir. 1124, 51, 2618.

HOSOI und MEEKER. — Arch. Surg. 18 (1929).

KAMNICKER H. — « Ein anderer Fall von Endometriosis der Harnblase ». In Zblt. f. Gyn. 1934, 58, p. 467.

KELLER et FOBE. — « Endométriome intestinal » in « La Gynécologie » janv. 1937.

KITAI I. — « Beitrag zur Anatomie und Genese der Endometrauen Adenomyosis ». Arch. f. Gyn. 1925, 124 : p. 178-212.

— « Ueber einen Fall von adenomyosis corporis uteri aus dem heterotopen Epithel eines mit dem Uterus verwachsenen Pseudomucincystoms ». Arch. f. Gyn. 126, p. 527-540.

KOMOCKI W. — « Ein Fall von Endometrioma ». Ztschr. f. Path. 1924, 30, p. 114 à 120.

KOHLER H. — « Ueber Blasenendometriosen ». Zblt f. Gyn. 30-VI-33, 57, p. 1762-1776.

— Demonstriert, Nordwestdeutsche Gess. f. Geburtsh. und Gyn. Hamburg, 29-X-1932.

KURT HOLLSTEIN (Berlin). — Zblt f. Gyn. 1937, 2, p. 1791.

KULIKOWKA. — « Endométriose ovarienne et appendiculaire ». In Gynécologie et Obstétrique, juillet 1935.

LETULLE M., TUFFIER T., LAMBERT M. — « Endométriomes et dysembryoplasies utérines ». Bull. Acad. de Médecine, Paris, 1925, 94, 1038-1055.

MESTITZ. — Arch. f. Gyn. 130, page 683, 1927.

MEYER R. — « Ueber den Stand der Frage der Adenomyositis und Adénomyoma ». Zblt. f. Gyn. 1919 73, p. 745-750.

— « Aeltere und neuere Gesichtspunkte über die Adénomyo-hyperplasia uteri... » Zblt. f. Gyn. 1925, 19, p. 1170-1179.

— Kritische Bemerkungen zu Halban's hysteroadenomyosis métastatica ». Ibidem, 2121-2124.

— « Beiträge zur Lehre von der Adenomyosis uteri und der Adénofibrosis peritonealis ». Ztschr. f. Geburtsh. und Gyn. 1925, 89, p. 469-471.

MICHON et COMTE. — Journal de Chirurgie, 1926, Tome 27, page 366. Adenomyomes de la cloison recto-vaginale

— Journal de Chirurgie 1926, Tome 27, p. 385.

MIKULICZ-RADECKI. — Ein fall von Endometriosis der Harnblase. Handbuch f. Gyn. Band X, p. 453.

MORSON A.-C. — British Journal of Surg. 1927-28, 15, p. 264-268. « The pathology and treatment of a vesical tumour resembling an endometrioma ».

MOUKAYE K. — Adénomes bénins du corps utérin de type décidual ». Gynécologie et Obstétrique, Paris, 1921, 3, 233-244.

MULLER J. — « Endometrioides Adenomatose (Adenomyosis) und Cystadénomatose der Harnblase ». Arch. Clin. Chir. 1927, 145.

— « Zur Endometriose der Harnblase ». Zschr. Urol. 1936, 30, p. 103.

OCKINCZYC. — « Endométriome ». C.R. Acad. de Chirurgie, 13 janvier 1937.

ÖHLECKER F. — « Endometriose (Adenomyosis) der Harnblase ». Zblt. Chir. 1930, 57, 2-10.

OTTOW B. — « Das klinische Bild der Endometriose der Harnblase ». Arch. Gyn. Berlin, 1929, 137, pages 1001-1008 : discussion page 1026.

— « Symptom. und Diagnose der Endometriose der Weiblichen der Harnblase ». Verh. Deut. Ges. Urol. (1929).

— « Wesen, diagnose und Therapie der Heterotopen Endometriose der weiblichen Harnblase ». Zblt. f. Gyn. 1929, 53, pages 3330-3358, avec deux planches.

PASCHKIS R. — « Blasengeschwülste ». Med. Klin. Berlin, 1923, 19, p. 265-269.

PERARD et ELBIM A. — « Endométriomes vésicaux ». Journal d'urologie, Tome 39, N° 6, Juin 1935, pages 497-507.

PHILIPPS R.-B. — « Endometriosis vesicae ». J. Obst. and Gyn. Lond. 1934, 41, pages 165-189, avec 10 planches.

PLAUT A. — « Adenomyosis der Harnblase ; ihre diagnostische Bedeutung ». Zblt. f. Gyn., 7-XII-29, 53, p. 3358.

ROCMAUS. — « Endometriose ». Revue fr. d'Ur., juil. 1937.

SAMPSON. — « Endometriose inguinale... ». Am. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. X, N° 4, octobre 1925, pages 462-503, avec 53 figures, 2 planches.

Von SAUER H. — « Ueber einen Fall von Endometriose der Harnblase ». Zblt f. Gyn. II-IV-1933, 57, p. 347-350.

SCHILLER. — Arch. für Gyn., Tome 137, Fasc. 2-3, février 1926.

SETTERGREN F. — « On endometriosis in the urinary bladder ». In Acta Chir. Scandinavica 1933, 73, p. 312. Ibidem 1934, 75, p. 570.

De SMETH J. — « Les polypes du col vésical chez la femme ». Bull. de l'Académie Royale de Belgique, 5^e série, Tome IX, N° 5, 20-V-29, pages 289-298.

STARR-JUDD. — Surg. Clin. Chirg. 145. page 454.

STOEKEL W. — Zblt. für Gyn. 1938, N° 12, page 651.

UBERMUTH. — Zblt. für Gyn. 1931, N° 11 a.

VIOLET. — « Adénomyomes de l'utérus ayant envahi le rectum ». In Lyon Médical 1921 130, page 268.

WEIJTLANDT. — « Endométrieose vésicale ». XXXIV^e Congrès français d'Urologie, C.R. pages 526-533.

WHITEHOUSE H.-B. — « Endometriome invading the bladder removed from a patient who had never menstruated ». Proc. R. Soc. of Med. London, 1925-26, 19, page 15.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	15
OBSERVATIONS	21
ETIOLOGIE	59
CLINIQUE	63
Signes	63
Toucher vaginal	66
Urines	68
Cystoscopie	69
Biopsie	69
DIAGNOSTIC	79
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	87
EVOLUTION	97
PATHOGENIE	105
TRAITEMENT	119
CONCLUSIONS	131
BIBLIOGRAPHIE	135

